第一章 总 论

第一节 口腔X线的诊断

一、根尖、根周病变X线的诊断

（一）根尖周围炎

（1）急性根尖周围炎，根尖周围骨组织尚无明显破坏时，不能在X线片中显示。（2）当根尖周围尖进一步发展时，由于牙的移位或松动，可见牙周膜间隙增宽。

（二）根尖脓肿

（1）在有深龋的牙或残根的根尖区有一小团状骨质破坏的透射性阴影。（2）骨质破坏区的边界如果比较清楚，说明根尖脓肿已形成而且已经局限。（3）如果骨质破坏区的边界不清楚，表示根尖脓肿尚未局限，病变尚在扩散(图1-1)。

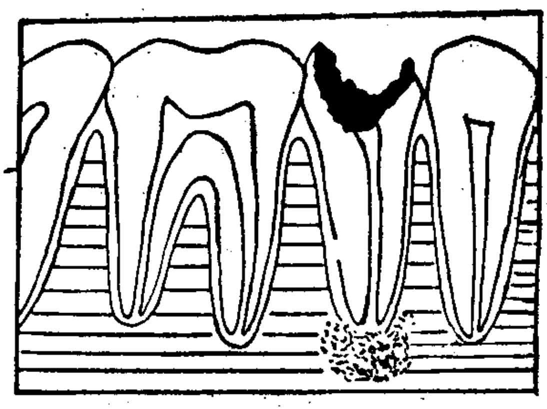


图1-1 X线简图显示根尖脓肿

（三）根尖肉芽肿

（1）在有深龋的牙或残根的根尖区有一界限清楚，骨质破坏的透射性阴影。（2）阴影的透射度不及根尖脓肿，因脓肿内为液状透射度。而肉芽肿内有肉芽组织存在。（3）有时在肉芽肿的边缘可见细薄的骨壁。（4）如果肉芽肿有急性发作，或曾多次急性发作则阴影的边缘显示不整齐。

（四）致密性根尖周围炎

（1）在有深龋或残根的根尖周围有致密性，密度增大的不透射阴影。（2）阴影显示骨质增生，骨纹增粗，密度增大，甚至相互融合呈致密团状阴影。（3）有时牙周间隙消失，但牙根尖并不肥大（图1-2）。

VISIT…

LANZAROTE Caliente.com

微信公众号

口 腔 视 频

微信搜索qzkqsp1即可关注

福利1

关注后可观看正畸、修复、种植等精彩内容

福利2

关注后领取口腔解剖病理学视频讲座全集

福利3

加入视频分享交流群，解答疑难病例，获取更多视频资源

扫二维码，关注公众号
领取更多口腔资料

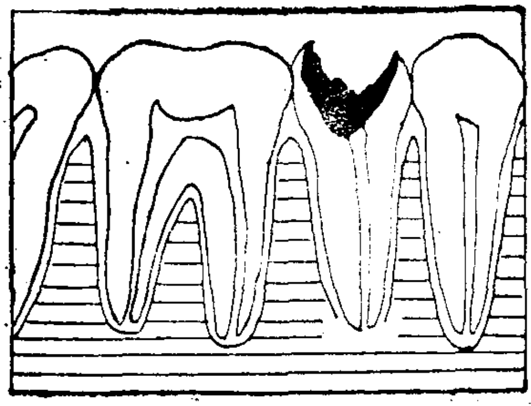


图 1-2 X线简图显示致密性根尖炎

（五）牙骨质增生

（1）牙骨质增生症多无明显自觉症状，多在X线摄片时偶然发现，或拔牙困难时经X线证实。（2）X线显示根端牙骨质增厚，根尖肥大变粗，根尖区骨组织无改变。可与致密性尖周炎相区分。

（六）根尖囊肿

（1）在有深龋的牙或残根的根尖区有圆形或卵圆形骨质破坏的透射性阴影。（2）阴影呈液性透射性阴影，故透射度大。边缘整齐，范围较大，常累及邻牙，有时有根尖吸收。（3）阴影的周围有时可见一条细薄而均匀的致密骨壁线，如囊肿有继发感染，此骨壁线消失或不清楚。（4）单单凭X线摄片，很难与根尖脓肿或根尖肉芽肿相区分，必须结合其他检查方法，甚至要在术后作病理检查才能区分。但一般来说，根尖脓肿或肉芽肿范围较小，很少波及邻牙。根尖囊肿形状规则，边界整齐，光滑。

（七）水平型牙槽骨吸收

（1）X线显示，某一区域多数牙，或全口牙槽嵴及牙的各面牙槽骨均呈水平方向向根端部吸收。（2）牙槽骨吸收的程度以牙根的长度来计算，例如吸收至牙根长度的1/3或1/2等。（3）吸收的牙槽骨，部分硬骨板消失，牙周间隙加宽，牙移位，但骨纹无明显改变，此型多见于单纯性牙周炎患者(图1-3)。

（八）垂直型牙槽骨吸收

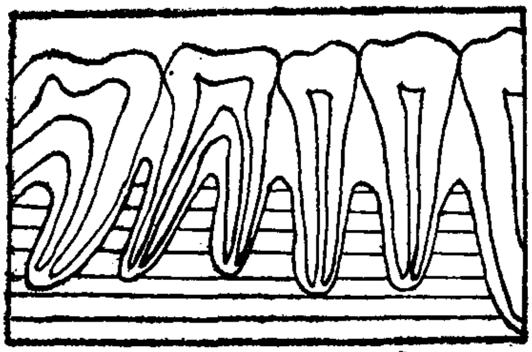


图1-4 X线简图显示垂直型牙槽骨吸收

（1）X线显示一个牙或多数牙的一侧、两侧，或三侧的牙槽骨顺牙的长轴，垂直向根端的方向吸收。而另一侧牙槽嵴则无吸收。形成楔状缺损，硬骨板消失，牙周间隙加宽。（2）垂直吸收的早期表现为牙槽嵴顶部的牙周间隙加宽，硬骨板消失，随之发生牙槽突骨质吸收。常有根表面牙骨质吸收，不光滑。（3）垂直吸收严重者，累及患牙三面牙槽骨成弧形吸收，到达根端。牙根

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

表面可见到牙结石。（4）垂直吸收多见于创伤性咬𬌗（图1-4）。

（九）混合型牙槽骨吸收

（1）混合型牙槽骨吸收是指多数牙的牙槽嵴均有广泛的破坏，破坏的类型兼有水平型吸收及垂直型吸收。（2）X线显示多数牙的各面牙槽嵴呈水平型吸收，在此基础上又显示不均匀的垂直吸收，多见于第一磨牙及上前牙有明显的吸收。（3）多有牙移位，则牙间隙增大，牙呈扇形排列。广泛硬骨板消失，骨纹排列紊乱，稀疏。

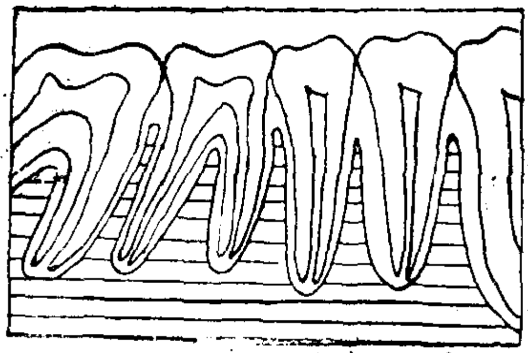


图1-3 X线简图显示水平型牙槽骨吸收

二、阻生牙的X线定位

（一）下颌阻生第三磨牙X线定位

〔1〕正中位阻生

（1）指阻生牙位于第二磨牙的行列上。（2）X线显示阻生第三磨牙不与第二磨牙重叠。（3）X线显示阻生牙的咬𬌗面不暴露（图1-5）。

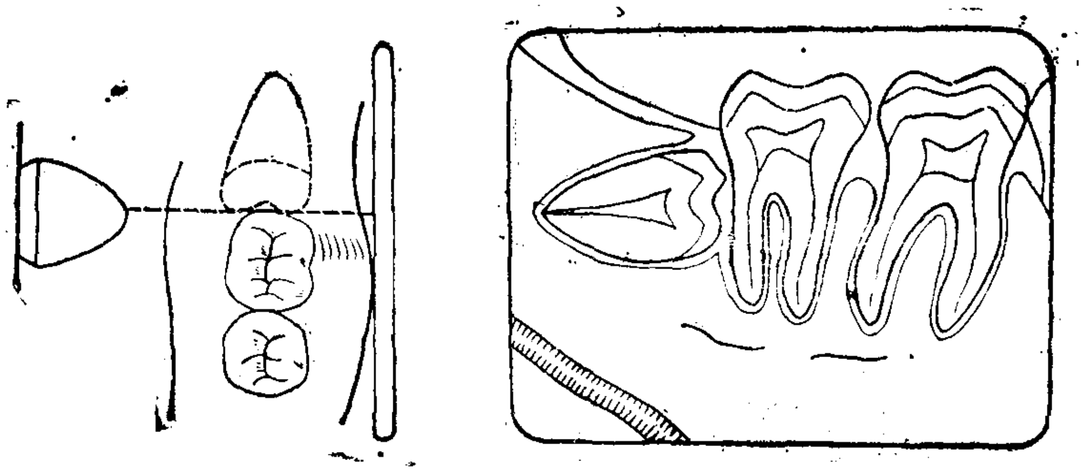


图1-5 X线摄片及X线简图表示正中位阻生
阻生牙不与第二磨牙重叠，咬𬌗面不显示

〔2〕颊位阻生

（1）指阻生牙位于第二磨牙行列的颊侧。（2）X线显示阻生牙与第二磨牙重叠。（3）X线显示阻生牙的咬𬌗面不显露（图1-6）。

〔3〕颊舌位阻生

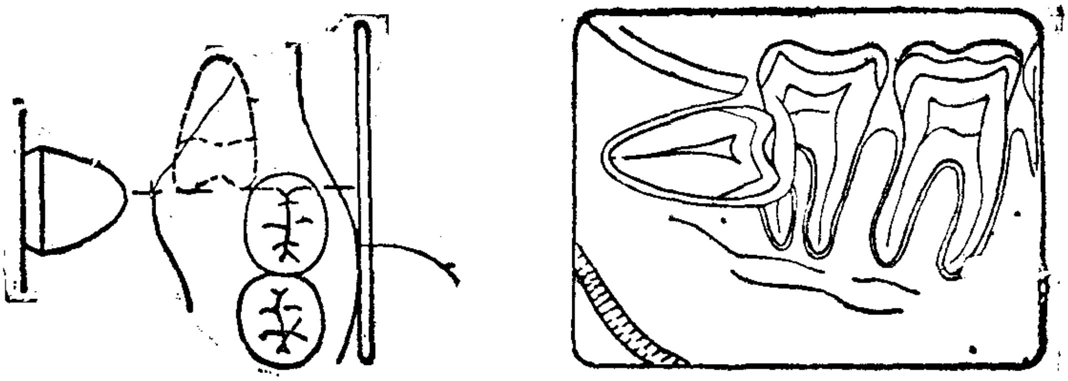


图 1-6

X线简图显示颊位阻生第三磨牙阻生牙与第二磨牙重叠，咬殆面不显露

（1）指阻生牙位于第二磨牙颊侧，而且向舌侧倾斜。（2）X线显示阻生牙与第二磨牙重叠。（3）X线显示阻生牙的咬殆面显露（图 1-7）。

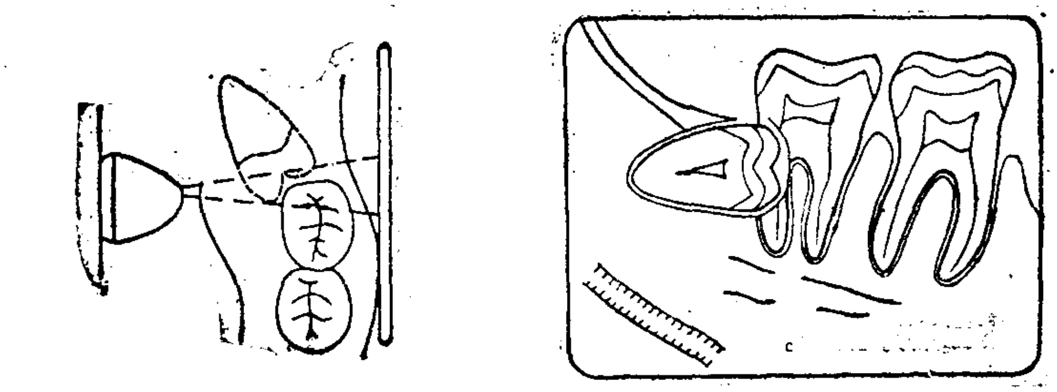


图 1-7

X线简图显示颊舌位阻生阻生牙与第二磨牙重叠，咬殆面显露

〔4〕正中舌位阻生

（1）指阻生牙位于第二磨牙行列上，但向舌侧倾斜。（2）X线显示阻生牙不与第二磨牙重叠。（3）X线显示阻生牙的咬殆面显露（图1-8）。

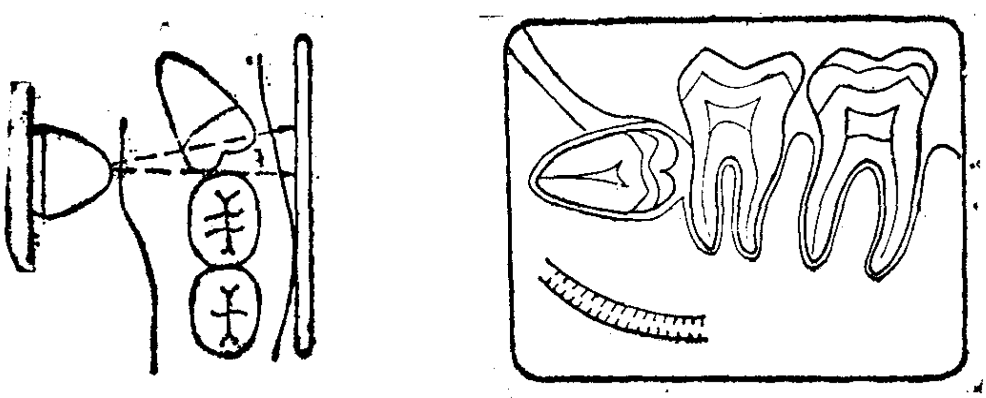


图 1-8

X线简图显示正中位阻生，阻生牙不与第二磨牙重叠，咬殆面显露

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

〔5〕舌向位阻生

（1）指阻生牙水平倒向舌侧。亦即阻生牙的长轴与第二磨牙的长轴成 90 度角。（2）X 线显示阻生牙仅能见到如钮扣状的咬殆面。牙冠及牙根与咬殆面重叠不能显露(图 1-9)。

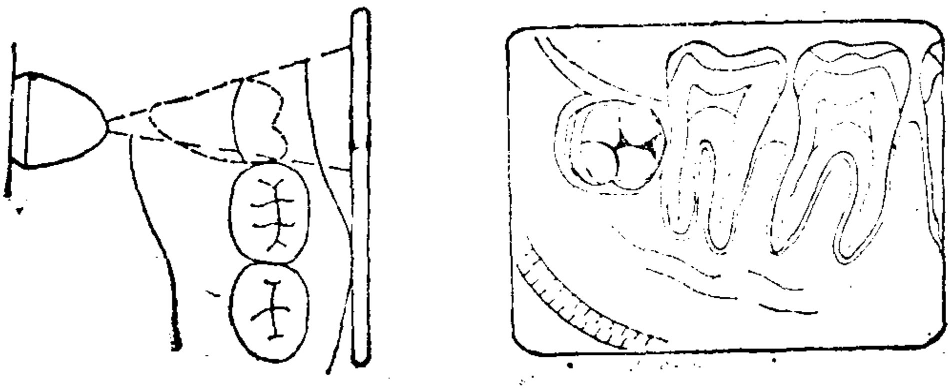


图 1-9
X 线筒图显示舌向位阻生，阻生牙显示如钮扣状的咬殆面。

（二）上颌阻生前牙的 X 线唇腭侧定位方法

（1）阻生前牙 X 线定位的目的是以 X 线摄片来确定阻生牙位于前牙行列的唇侧或腭侧。（2）X 线定位的摄片方法：①摄第一张原始片，片中发现阻生牙。②摄第二张根尖片，片位是阻生取中，锥尖的位置放于片的右侧边缘，并在片的右角摺叠以作标记。③摄第三张根尖片，片位放于与第二张片相同的位置。锥尖移至片的左缘，并在片的左角上作标记。（3）诊断方法是①在第二张及第三张摄片中随着光源的左右移动，阻生牙的位置亦向左或向右移动。②阻生牙的移动方向与光源的移动方向一致时，亦即光源在右侧或左侧移动，阻生牙也同样向右侧或左侧动。这说明阻生牙位于前牙行列的腭侧。③如阻生牙的移动方向与光源移动方向相反时，说明阻生牙位于前牙行列的唇侧(图 1-10)。

三、牙　　折

（1）牙折的 X 线诊断目的主要是在牙受到创伤以后，检查牙根部位有无折断。（2）牙折的 X 线表现是片上显示折断的牙折线。牙折线为黑色线条状透射性阴影。有横折，斜折，及纵折等。（3）新折断的牙折线，表现为不整齐的线状透射性阴影。陈旧的折断线表现为整齐的裂线。（4）牙折断裂部移位不多时有时不能在 X 线片中显示，因此在摄片时可用手指加压于牙冠部，使断裂缝裂开，即能现出折裂线。

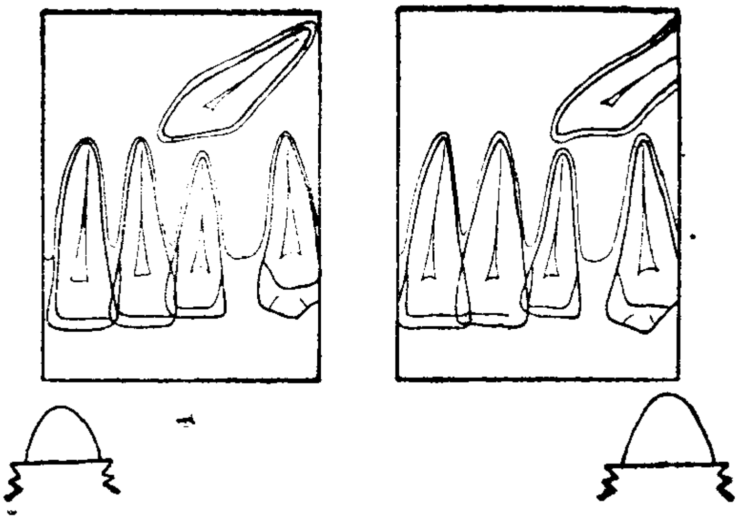


图 1-10

X线简图，表示上颌阻生前牙唇腭侧定位片

四、骨折的X线诊断

（1）骨折的X线诊断的主要依据是，骨折移位及骨折裂隙所形成的骨折线。骨折线是X线透射性，黑色线条状阴影。（2）骨折线只有一条者为单纯性骨折，骨折线多的是粉碎性骨折。但在扁平骨，如下颌骨在摄片时X线中心线与骨折线平行时，则摄片成像呈一条骨骨折线。否则原为一条骨折线可呈现两条骨折线的阴影。（3）骨折两断端相互重叠时，骨折线消失。重叠部分呈白色致密阴影。

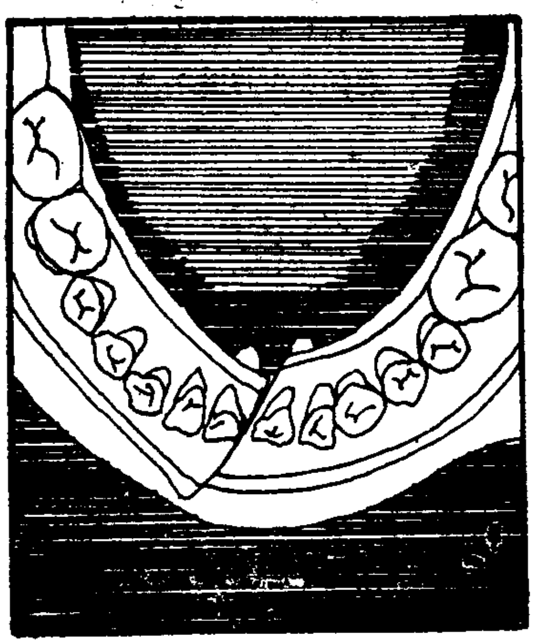


图 1-11

X线简图下颌咬合片显示颏部骨折

（一）下颌骨骨折的X线诊断

〔1〕颏部骨折

（1）以摄下颌咬合片最有诊断价值。如果拍摄范围较大时，华特氏位片亦有诊断价值。（2）下颌咬合片中显示骨折区内骨层及外骨皮层断裂，移位多向唇舌侧方向移位(图1-11)。

〔2〕下颌骨体及升支部骨折

（1）摄口外片两张，即下颌骨

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

斜侧位摄片及下颌骨后前位摄片。（2）下颌骨斜侧位摄片能明显显示骨折线及两断端上下方向移位的情况。后前位显示骨折线及内外方向移位的情况。

〔3〕髁状突骨折

（1）一般可摄片三张，即下颌骨侧位片，下颌骨后前位，及颞下颌关节张闭口摄片。（2）下颌后前位及侧位片可显示下颌骨升支部及髁突颈部的外骨皮层折断或内陷。并可见对侧牙开𬌗，双侧髁突骨折可见前牙开𬌗。（3）如果上述两张摄片尚不能作出明确诊断，再可加摄颞下颌关节片。片中显示髁突移位。如果折断的髁突被翼外肌牵引至前方，则髁突在此片中消失。

（二）上颌骨骨折的X线诊断

〔1〕颧弓及颧骨骨折

（1）单纯的颧弓骨折可摄颧弓片。副鼻窦摄片可以同时诊断颧弓及颧骨骨折，最有诊断价值。（2）单纯的颧弓骨折多数断成为三段，中间一段凹陷。（3）颧弓骨折一般都合并有颧骨骨折，并有眼眶外缘，眶下缘，及上颌窦外壁骨折，上颌窦因窦内出血，透射度减低(图1-12、图1-13）。



图1-12
颧骨及颧弓骨折

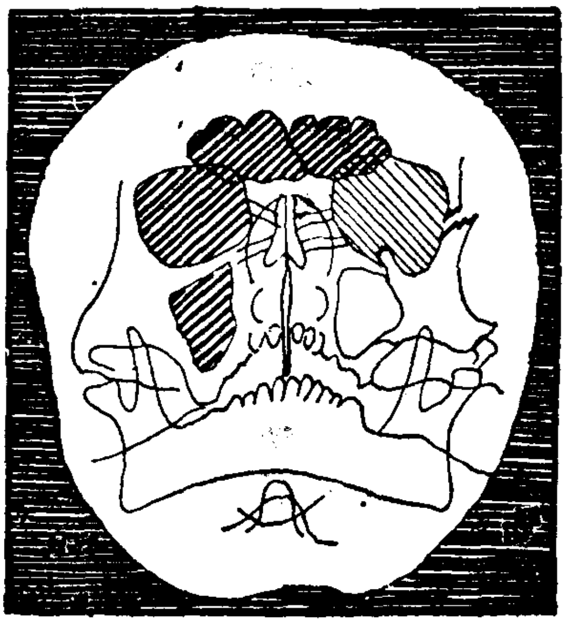


图1-13
X线简图，副鼻窦摄片，显示颧弓及颧骨骨折伴有眶外缘，眶下缘及上颌窦骨折

〔2〕上颌骨骨折

（1）上颌骨骨折一般须摄颌骨侧位片，颌骨后前位片，华特氏位片，有

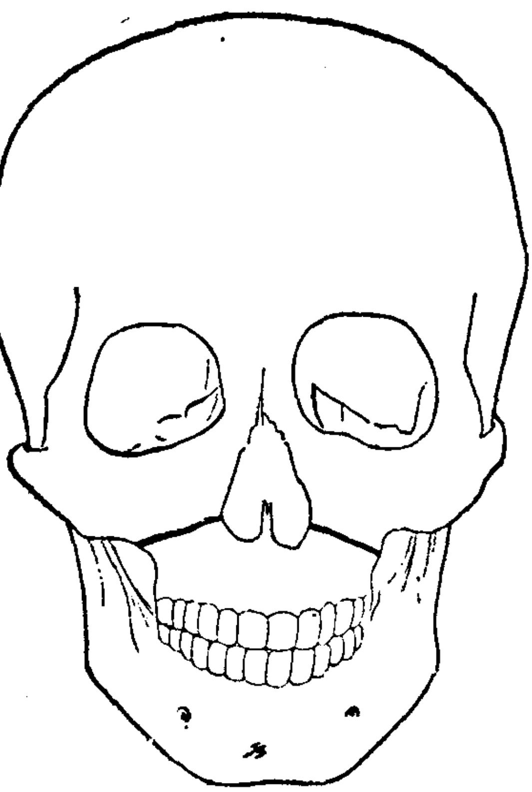


图 1-14
第一型上颌骨骨折

时尚须摄颅底位片以诊断有无颅底部骨折。（2）牙槽突骨折：骨折线常在前牙区的牙槽突，有时可并发腭骨、鼻底骨折。（3）第一型上颌骨体骨折：骨折线由犁骨下部向外后方平行延伸，经牙槽突基底和上颌结节上方，延伸至蝶骨翼状突（图 1-14）。（4）第二型上颌骨体骨折：骨折线经鼻根部的鼻骨与额部相接处，横过眶内壁至眶下裂，再绕过颧骨下方向后至蝶骨翼状突（图 1-15）。（5）第三型上颌骨体骨折：骨折线经过鼻根，眼眶内壁，眶下裂后缘，再从颧骨上方延伸至蝶骨的翼状突，常伴有颧弓，颧骨，及颅底骨折（图 1-16）。

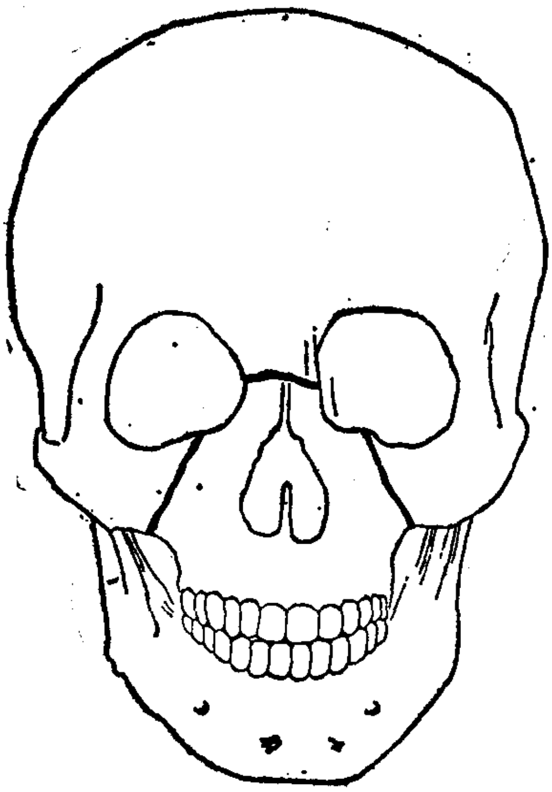


图 1-15
第二型上颌骨骨折

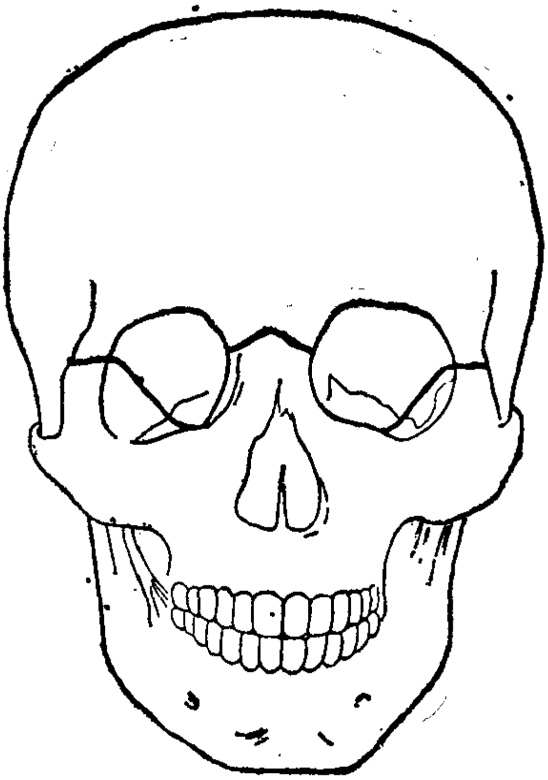


图 1-16
第三型上颌骨骨折

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

五、下颌骨骨髓炎X线诊断

（1）急性炎症期，尚无明显的骨质破坏，X线摄片不能显示，发病2～4周以后摄片才有诊断价值。（2）摄片应摄下颌骨侧位片及后前位片共两张。（3）X线显示骨组织密度减低，骨髓腔增大，骨小梁消失，致使骨质呈大小不等的虫蚀样或斑片状骨质破坏阴影。（4）骨质继续破坏时，骨髓腔中小脓灶相互融合，形成大脓灶，并可见大小不等的死骨块。在死骨完全分离时，四周有一透射性环状阴影。骨质破坏严重时可见病理性骨折。

第二节　口腔手术的禁忌症及其处理

一、血　液　病

（一）血友病

（1）遗传性血液凝固异常的出血性疾病。（2）凝血时间显著延长，可能长达1～12小时。但血块收缩，出血时间，血小板计数及凝血酶原时间皆属正常。（3）一般禁忌拔牙和进行手术，如必须手术时应先行输血，或输入抗血友病球蛋白，使凝血时间维持20分钟以内方可施行手术。手术时注射针要细，术中尽可能避免损伤牙龈，创口应紧密缝合，创口内可填塞凝血质、血清、干血浆粉等物质，并严加压迫止血。术后视情况输血直至伤口愈合。

（二）血小板减少性紫癜

（1）血小板明显减少至5万以下，鼻衄及牙龈出血，月经过多，皮下有瘀点，镜下血小板形态有改变，呈血小板过大，过少，颗粒减少，内外轮界限不清等。但凝血时间和凝血酶原时间正常。（2）术前应给强的松10～20毫克每日3次，肌肉注射止血敏250～500毫克，每日2次。静脉注射止血宁20～40毫克每日3次，必要时可输鲜血。

（三）白血病

（1）急性期间表现为全口牙龈肿痛，出血，发热，贫血，脾大，全身紫癜，血小板减少至5万以下，并出现稚白细胞。慢性期间白血球计数明显增高至几万，几十万甚至100万以上。（2）急性期间禁忌手术；慢性期间应在严格控制感染，术后应用止血剂，可以考虑手术。

（四）贫血

（1）一般轻度贫血可以进行拔牙及手术，但最好在术前及手术后用一些止血药物以防手术出血过多。（2）再生障碍性贫血拔牙及手术应非常慎重，此类患者表现为血象检查白细胞显著减少，血小板及红血球也减少，网织红细胞减少甚至消失，血块收缩不良，出血时间延长。出血多在皮肤，口腔粘膜常有坏死性溃疡。（3）再生障碍性贫血患者如急需手术，应在输血，及术中采取止血措施情况下手术，并须严格控制感染。但禁用氯霉素等抗菌素，并禁用氨基比林类镇痛剂。

二、心　脏　病

（1）所有的心脏病，已出现端坐呼吸，紫绀，下肢水肿，颈静脉怒张或已并发肝肾功能异常等心力衰竭症状者均需待症状控制后才能进行手术。（2）一般心脏病可以手术但禁用肾上腺素，麻醉可用利多卡因。（3）风湿性心脏病，先天性心脏病应在术前二日开始应用青链霉素，或其他抗菌素，以防并发细菌性心内膜炎。（4）心绞痛患者发作期间禁作手术，应在发作间隙或经潘生丁，安茶碱等药物治疗后方可手术。禁用肾上腺素，并备好硝酸甘油以备发作时处理。

三、高　血　压

（1）高血压患者已发脑、心、肾器质性损伤者一般应禁忌手术。（2）高血压患者应控制在180/100毫米水银柱以下方可进行手术，但也需参考患者的年龄，并应作好术前准备工作。如术前一小时给以镇静剂与安定剂如苯巴比妥0.06～0.09，安宁0.2～0.4克等。禁用肾上腺素。（3）高血压患者的心理状态是非常重要的，术者应尽量消除患者的紧张恐惧心理。手术应非常轻巧，减少损伤，并应作到无痛。

四、糖　尿　病

（1）糖尿病患者血糖应控制在150毫克%以内。并无酸中毒症状可以手术。（2）手术前后应给以抗菌药物作预防感染的治疗。

五、肝　脏　病

（1）肝脏病的患者对麻醉剂的解毒能力差，因此对麻醉剂药物中毒的可能性大大增加，又因肝脏无能力合成凝血因子而导致术后出血。（2）术前应作凝血酶原时间测定，并给以足量的维生素K，E，及止血剂。麻醉药物尽量少用，注射缓慢，尽可能用低浓度麻醉剂。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

六、肾 脏 病

（1）严重的肾脏病患者不宜手术。（2）一般肾病可以手术，手术前后应用抗菌素。

七、妊 娠

（1）怀孕初3个月，临产前2个月一般不宜手术，有流产史者更应注意。（2）怀孕期间应在手术前后给黄体酮10毫克1～2日。

八、月 经 期

（1）月经期间手术可能发生代偿性出血。（2）一般应缓期手术。

第三节 病员的心理治疗

口腔手术中的心理治疗方法，是运用口腔心理学又称精神口腔科学和普通心理学的方法，针对手术前和手术中以及手术后三个不同阶段的心理特点，采取不同的心理治疗方法。

一、术前心理疗法

（一）支持性心理治疗法

〔1〕语言劝导法

（1）术前首先要安慰患者，具体方法是在手术前与病人交谈，仔细倾听患者的主诉，同情患者的痛苦，并通过语言给予安慰、劝导、鼓励以及保证，目的是消除患者焦虑、恐怖心理，以稳定病人情绪。（2）我国两千多年前《黄帝内经》中就提倡“语之以其善，导之以其便，开之以其所苦”的语言劝导疗法，所谓“欲治其疾，先治其心”。就是指术前对病人心理安慰为第一要义。

〔2〕说理治疗

（1）术前给病人或病属亲友简解有关手术方面的医学常识，提倡“明理治心”，消除不必要的顾虑。（2）最好找以往经过类似手术史的人，谈其手术体验，是消除不良心理的最好佐证，使病人在术前做好充分的思想准备，放心大胆地、愉快地接受手术治疗。

〔3〕信念治疗

（1）要使患者在手术前对医务人员充满信任感，使其放心，稳定情绪，

以调节病人对医生技术疑虑所产生的不良心态。（2）鼓励患者树立战胜疾病的信心，并对手术充满信心。

（二）重视手术环境

医务人员的情绪和手术室的环境因素，对患者心理情绪皆能产生直接影响。因此，要求医务人员要注意表情，避免患者无故地怀疑自己的病重．手术室宜静、环境布置幽雅适宜。

二、术中心理疗法

（一）增加安全感

（1）病人面临手术之际，容易引起心理冲突，如“生与死”、“美与丑”的心理矛盾，若将此种心理负担带入手术过程中，自然产生一种不安全的感觉。（2）医患之间要建立良好的关系，设法在病人心理上加强保证感，解出患者担忧。具体措施宜选择放松疗法，如语言安慰方法等，目的在于消除精神压力，缓和紧张情绪。

（二）音乐治疗

（1）“乐”能治病，“曲”能排忧。选择具有止痛意义或旋律优美，节奏轻盈流畅的乐曲，如《瑜珈功音乐》、《蓝色的多瑙河》等以及E调乐曲，让患者边听边做手术，尤宜于口腔小手术患者，使之情绪安定。（2）音乐本身具有镇痛作用，如英国剑桥大学口腔治疗室还曾用音乐来代替麻醉剂，成功地为几百个患者拔除了病牙，说明音乐确有产生镇痛的效果。（3）手术中使用麻醉止痛，也要应用近代麻醉学基础上提倡的心理学观点，即在运用麻药止痛的同时，也要进行“心理的麻醉”。

三、术后心理疗法

（一）喜乐疗法

（1）据日本东京医科大学口腔科研究表明，术后不爽快综合征（包括颜面、口唇、齿列手术）占14%的患者。故术后以解决焦虑、忧郁以及情绪影响所致的持久性疼痛，以稳定患者情绪为主旨。（2）喜乐疗法具体可采取经常访视术后病人，观察病情，医生简短的几句鼓励，对解出术后不良心理反应十分重要。（3）如果术后出现焦虑者，当有针对性的解出其焦虑，并有计划地安排好术后患者的娱乐康复内容，如听曲消愁、音乐止痛等。（4）以增加喜乐心理效应，并适当给抗焦虑约；忧郁者，并用喜乐疗法康复情绪，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

如笑疗法等，并给抗忧郁药，注意医患、家属和病友等密切配合，共同完成善后调治。（5）若术后心理的作用所致持续性疼痛者，除了采用安慰疗法以外，有条件还可逐渐使用法国研制的“音乐牙刷”，上下竖刷牙齿时，牙刷便会自动地奏出悦耳的乐声，若拉锯时横刷，音乐即停止，并对心身病所致的术后疼痛易产生止痛效果。

（二）心身疗法

（1）口腔术后由精神生理反应所引起的疾病通常称为心身症或心身病。它是由于手术后心理因素引起的躯体的症状，如术后焦虑患者，可表现出心悸、出汗，但无主诉等；或不很明显地出现容易激惹，不愿活动、持续疼痛，体诉冗多，睡眠欠佳、食欲减退等术后忧郁症状。（2）这类病人多因心理的焦虑抑郁状态致使伤口愈合减慢，产生疼痛或不适；或缺乏术后常识，对口腔手术不了解，把术后的正常反应误为手术不成功，尤其是害怕有损容颜，加重了心理负担，出现心身症状。（3）心身疗法，强调心理治疗为主，根据具体病情，采取一系列的有针对性的心理精神疗法，如暗示疗法、释疑疗法，以解除患者的疑虑。

第四节　口腔手术中的美学知识

面部外形遭到破坏或留下瘢痕，不但影响外形美，同时也影响到人体的功能美和精神美。时代对医学提出了更高的要求，即手术治疗要与美学结合起来，实现口腔手术中应当完成的美容要求。

一、口腔手术中的美学意义

（一）修正影响人体美的某些缺陷

（1）人体的任何缺陷都会削弱或降低人们对人体的美感。人类的变异性（如染色体畸变）或外界因素的影响（如化学物质的作用），这些缺陷又在所难免。手术治疗的任务之一就是纠正这些缺陷，达到恢复人体自然美的和谐。（2）例如体表肿瘤，尤其是口腔部位的肿瘤，多为非衣服遮盖部位的肿瘤，首先涉及到皮肤的结构、颜色、光泽度等局部损美因素，使人感到整体和谐遭到破坏。（3）同时肿瘤使人想起疾病，不健康的形体，自然不会引起人们的美感。切除肿瘤手术可以消除影响美感的因素，便在一定程度上弥补了人体的损美缺陷。

（二）保持人体功能完善促进健美

（1）各种人体功能是在适用和改造自然的长期进化中形成的，故人体的一切机能都对美感有影响。具有完美功能的人体，并将这些功能充分体现在形体上，会赋予人们美感。（2）人体的各种组织、器官、系统凭借某些生活机能组合在一起，机能一中止，便宣告解体。任何器官的生理机能，任何组织的新陈代谢，一旦发生某种紊乱，都会立刻在意识上引起巨大的、痛苦的变化。这是一种美感意识的变化。（3）躯体是功能的基础，功能的缺陷会使人联想起躯体的缺陷，有缺陷的躯体实难激起人们的美感。如有严重口腔疾病，又严重影响嚼呷功能、语言功能者，而运用各种手术方法来尽量再现、健全各种功能，同时亦会赋予人们以美感。

（三）消除引起羞愧心理的因素

（1）人体美既包括形体美，又包括精神美。人显现在外的气质和风度，是内心世界的反映、是人的社会阅历的体现，是经验、知识、职业、地位思考等长期综合作用于机体，所谓"有诸内必形于诸外"的结果。（2）先天有缺陷的病人常在内心形成顽固的自卑心理，尤其是口腔疾患影响容貌者，很自然地产生羞愧心理。如不愿见人，羞于言谈，自感低人一等，日久天长，则会影响自己的气质和风度，阻碍了美的因素表达于外。（3）手术治疗则可消除某些面部缺陷。减少病人与正常人的心理差别，促进心理平衡，恢复在面部的表现、气质和风度。

（四）手术能创造面部美的艺术意境

（1）现代口腔手术治疗技术由于考虑了面部容貌美的因素，故能够创造更能体现出人类典型特征的整体或局部形象的美感。例如，应用整容手术可以使人的容貌在一定程度上随人的审美意志和审美标准为转移。（2）发现美，是人类的觉醒；改造美，则体现了人类的进步；创造美，才是人类崇高的艺术境界。而口腔美容手术则是创造面部美的最佳手段，所谓"医艺相通"即寓此义。

二、手术中的审美原则

（一）创造面部美的条件

（1）手术在口腔危急状态情况下，抢救生命，首当其务，目的是保住生命。即保住人体面部美的载体，为实现面部美争取了时间。（2）切不可因保全面部容貌美而不顾人体美的基础，即生命的整体美。这是在危急状态条件下，掌握审美的重要原则之一。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（二）重视面部美的需要

（1）在治疗疾病与保持面部美的同时，应在服从疾病治疗的前提下，使审美观点贯穿到整个手术过程中去。多体现在择期手术和限期手术中。适应于这类手术的疾病对生命的威胁不是十分紧迫，选择手术的原则应建立在对疾病的治疗措施和对美学原则的充分体现之上。（2）例如，直接缝合面部创口，尽量可使瘢痕减少到最低限度，而实际上可能因张力过大使创口迸裂，甚或畸形愈合，达不到理想的愈合效果。（3）若夸大张力的影响，在创口周围做过多的切口，产生不该产生的瘢痕，更达不到理想美学效果（4）设法既能完善地显现出美的规律，又能得到理想的治疗，是最理想治疗效果和最完善的美学效应的统一，这是面部审美的原则之二。（5）对治疗价值不大，甚至无治疗价值，而审美价值较大的手术，应充分体现审美原则为第一要义。整容手术则属于此类。（6）整容手术的目的是为了满足人们的理想审美和审美需要，此类手术与其说是口腔手术问题，不如说是美学问题，或者说是美学思想在口腔手术治疗和实施中的具体应用，是医学和美学的绝妙结合。（7）整容手术不是以某种疾病的痛苦为始因，而主要是为了满足人们的审美心理。无论是要求切除瘢痕疙瘩，还是要求改变面容，只要充分体现出美的规律，能够满足人们的审美需要，就是最理想的口腔面部手术效应。

（三）手术中的整体观念

（1）是人体本身的统一性。人体是一个高度完美的有机整体，尽管进行治疗仅涉及面部组织。但不能忘记它是人体的一个组成部分。机体各部是一个有机整体，面部或口内的变化常可引起全身的反应，这就提示我们在为身体局部之美作出努力时，不要忘记统一的整体性美学观。（2）是在手术治疗过程中，医者与患者、治疗与护理、手术与药物等只有高度的协调，才能保证取得最佳治疗效果。往往医者设计出恰如其分的治疗方案，但因患者不遵嘱导致功亏一篑；成功的手术可能因护理不当而前功尽弃。（3）是患者的社会属性，人与社会是一整体，人的价值最终要通过社会才能体现出来，治疗疾病时要保证其正常心理状态，并考虑患者的社会生存能力，这样，蕴藏在人体内的美的因素才能在社会中充分体现出来，完成容貌审美的原则。

（四）手术时机的选择

（1）手术时机是根据病情、治疗效果和手术条件综合考虑而确定的。患者病情及其对预后的影响是选择手术时机的主要依据。（2）对面部清洁伤口，消毒后的缝合，多能一期愈合，从而达到理想的治疗效果和美学效应；

而对于污染较重的伤口不应立即缝合，观察2～3天后再做延期缝合，这样避免了缝合后可能发生的感染对美学的效果。（3）为了改善局部条件而推迟手术的初始时间，使机体术后的结构和功能得到更满意的恢复，美学效果将更为理想。（4）口腔医生要认真负责，必须具备精良的技术水平和设备条件，最佳手术的选择，是决定手术审美的又一原则，从而达到现有医疗条件下所实现最理想的医学效果和美学效果。（5）手术治疗应是治疗效果、副作用、美学效果等全面权衡综合处理，才能决定最佳选择。任何一种由单一方面为根据做出的选择都可能是片面的，纯粹的美学选择是无意义的。所以能产生最佳效果的治疗方法也是美学要求的最佳方法。

三、手术操作中的审美规范

(一) 切口与缝合

（1）手术切口的合理选择及正确切开、关闭是口腔面部手术的主要因素，也是维持手术病人容貌美的首要因素。（2）手术切口应尽可能选在非暴露部位。但是，口腔手术涉及面部，是人体暴露部位。所以，选择手术切口要求特别高，如在口腔内部与口腔外部的选择中，应尽可能选择口腔内部作切口。在口腔外部的选择中，也应尽可能选择隐蔽部位，如颌上区与颌下区的选择中，应尽可能选择颌下区作切口。（3）皮肤的切开要与皮肤的纹理一致，并充分考虑到对周围器官组织的破坏及术后愈合情况，使病人的创伤降低至最低限度。切口与皮肤纹理要保持一致，是使创伤的瘢痕达到最低限度。反之，可使创伤的瘢痕增大，而影响美观。（4）要得到一个满意的手术视野，刀口不整齐及随意延长刀口是不符合美学要求的。手术切口必竟是一个创伤，切口越不整齐、则创伤越大。（5）要求在手术切口之前要考虑切口的最佳方案，既要求掌握手术视野要清楚，亦要考虑切口整齐与否以及切口的长短、方向，才符合口腔医学与美学的要求。（6）手术效果展现在人们视觉之下的主要形象标志是切口愈合情况，它与手术操作、病人营养、感染等至为相关。（7）缝合因素可影响愈合的好坏，亦取决于针线的选择（针的型号、线的粗细及质量）和缝合技术的高低（严密仔细的分层缝合）。缝合要求高水平，则伤口愈合快，瘢痕小或没有。反之，缝合要求低，伤口愈合慢，瘢痕亦大。

(二) 无菌操作

（1）无菌操作是口腔手术审美目标得以实现的有效保障，包括器械的消毒，皮肤切口的消毒，以及在手术过程中的无菌操作等一系列的过程。如果无菌操作不严密，患者难以逃脱"化脓"的危险，感染率就会大大提高，严重的

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

甚至会死亡。（2）感染既延长了手术切口愈合的时间，并由此加重了病人的精神负担，又使切口愈合后留下更明显的瘢痕；倘使化脓后再次切开，遗留瘢痕则更大。因此，严格无菌操作，使术后感染率降至最低限度，不仅是治疗的需要，也是审美的要求。

（三）正确操作的方法与并发症的预防

（1）在手术操作过程中，要求在分离或牵拉组织时，要重视保护重要的神经与血管，神经和血管是人体美的本原，神经被损伤，相应支配区与大脑的联系中断，致使受损部分丧失运动或丧失感觉。（2）本来富有表情的面容，会给人们在视觉上带来美感。由于口腔手术不慎，则易在头面部损伤面神经，发生面部瘫痪的并发症，使表情不能自如与失去感觉，形成面瘫残疾，难以引起人们视觉上的美感。（3）视觉也是各种感官中发展成为审美感受的主要官能。没有感觉的躯体，便失去对大千世界的反应；没有运动的躯体，"生命"如同朽木。运动是生命之美所表现动态美的形式，神经则是运动的始源。（4）血液循环在人体表里层系中，反映到皮肤表面都可以看得出来，跳动着的富有生命力的心无形地显露于外，并表现为人特有的生命的活跃与健美。血液象征着生命，象征着美的光辉。保护了血管，就是在一定程度上保护了人体美。（5）倘若血管损伤，首先，溢出的血液妨碍了手术操作，手术可能因此而失败。其次，损伤的血管所产生的并发症可能使其所支配区域由此而丧失血液供应，使神经、肌肉等因缺乏营养则失去功能，甚则出现肌肉萎缩、组织坏死等不良后果，严重影响到机体功能和形态的美感。

（四）手术美对患者的重要性

（1）在手术操作中，自觉运用审美原则，有赖于手术的实施。口腔科医师以审美为原则，本身就是一种美的行为。只有在这种行为之下，美才能在手术操作的各个环节中体现出来。（2）首先要严格掌握手术指征，术前应充分考虑到手术可能对人体美造成的影响，如各种手术器械和操作方法对组织的破坏程度。理想美学效果的实现，要依靠口腔科医师准确而熟练的手术操作技术。否则，再美的设想也是空的。

四、口腔整形手术中的美学

（一）口腔整形手术的技艺性

〔1〕手术设计与艺术

（1）口腔整形外科手术是一类特殊的手术，它熔手术技术与美学艺术于一体。由于它是以修复缺损，矫正畸形，改善、恢复生理功能和外形容貌为

已任，所以它就必须在塑形、切口、供区的处理方面，有较高的审美要求。（2）整形手术不仅能够使患者改善生理功能，而且还能使患者实现对美的要求，这样才能算是完美的整形手术。在手术操作过程中，必须精工细作，精益求精，犹如艺术家在制作一件精美的工艺品。因此，成功的颌面外科整形手术，都必需具有艺术性。（3）颌面部的整形外科手术与一般外科手术不同，因为病人的损伤、畸形千差万别，为此设计的手术方案也因人而异，不可能有固定的统一术式。有时对于一种畸形，也可以有几种不同的手术方法，虽然各有利弊，皆为可行之术，因此要求手术设计要有一定的艺术性。（4）评价手术质量的高低，涉及许多因素，一般是根据手术最终效果，对病人的外形与功能改善程度，术后有无并发症，供区、受区继发畸形是否严重，以及手术操作是否简便、安全、可靠等进行综合评价。（5）对满意的整形或美容手术的效果，术者首先要分析病人的客观生理条件，以患病前的原貌为审美对象，对其缺陷畸形的部位要认真观察，估计其客观存在的条件，结合患者全身情况，参照正常人为标准，根据患者病体的实际情况，拟定出具体的、合理的、符合美学要求的治疗方案。（6）要悉以病人能够接受，基本符合病人的主观愿望和要求。一个优良手术方案的设计过程，就是一个具有艺术性创造美的思维过程。（7）为了制定出医患双方都满意的手术方案，往往要反复比较各种手术方案的优劣，权衡各方案的得失。有时某个复杂的损伤、畸形，手术要分几期进行。（8）术者必须对整个手术方案计划统筹考虑，对每一期手术的预期效果，治疗计划都必须做到心中有数。然后向患者和家属解释手术方案，预告手术可能发生的情况，术后可能达到的效果，从而求得患者的理解和配合。

〔2〕手术操作与艺术

（1）除了手术方案必须优良以外，还要求口腔手术医生掌握具体的创造美的手段，关键是手术操作技巧。尤其是具体操作技能极为重要，往往可以达到事倍功半的目的。（2）在组织缺损修复再造中，更是要求设计精巧、操作技艺具有艺术家的造诣。可谓“医艺相通”。

〔3〕增强医者的审美能力

（1）为了达到完美的手术效果，对于面部整形首先要求提高医学科学水平，掌握外科基础理论，练就扎实整形外科手术的基本功。（2）还必须掌握基本的美学知识，加强审美修养，提高医患的审美能力，树立正确的健美观点。并通晓绘画、雕塑、摄影等艺术，做到心灵手巧，精通数技。

（二）口腔整形手术的时间与适应症

（1）口腔面部整形手术的适应症，只要患者全身情况许可，心境愉快，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

本人有手术要求，能够耐受手术者，均无绝对禁忌症。但是整形手术确实存在最佳手术时间的问题，或一个手术要分几期进行，每期时间间隔有一定规定。（2）关于先天性畸形手术时间问题，应尽量早期手术，易于尽早恢复或改善生理功能，促进后期正常的形态发育。如果属于先天性畸形而无功能障碍，仅是外形异常者，则希在充分发育后，再行手术，以免因手术损伤骨、软骨、神经等组织，致使发育停顿，造成手术后继发畸形。（3）待患者成年后可供修复用的组织丰满一些，五官形态基本定型，可以根据正常的形态或参照正常人的标准来修复整形，甚至再造某一器官。（4）关于成年人的整复手术，手术时间一般是在伤后一年左右，此时伤口已经愈合，瘢痕增生期、挛缩期已过，开始软化，施行整形手术较为适宜。（5）某些影响功能的部位，整形手术要及早进行。如面部瘢痕挛缩会影响面部肌肉的活动功能，则应抓紧时间，尽可能在伤口愈合三个半月至半年内进行切瘢术。这样，病人的面部既有可能恢复功能，又尽可能地恢复其美观。（6）外伤性神经断裂，需要及早做神经修复术；否则，神经坏死，肌肉失去神经的营养和支配，就会萎缩丧失功能，即使以后行二期修复术，神经移植吻合，也不能使神经功能完全恢复到伤前的功能和美容。

（三）口腔整形术后重在功能锻炼以促进美容

（1）当完成整形手术后，功能锻炼是促进器官恢复功能作用的必要途径。因此，一个满意的整形手术本身功效只占50～70%，而术后功能锻炼的功效也占了30～50%。如果丧失了功能，也就失去了美，因此术后重在功能锻炼，是促进美容的最佳方法。尤其是面部创伤后的功能锻炼，对颜面美容显得特别重要。（2）临床上往往有一些患者，术后出院时面部外形尚可，但功能未完全恢复，而出院后不遵医嘱加强功能锻炼，或因临床医生未进行辅导，或病人对功能锻炼的重要性认识不足，不能坚持锻炼，以致术后三个月复诊时，多出现面部肌肉僵直，瘢痕挛缩等导致畸形，严重损伤面容。因此，强调功能锻炼以促进美容。

（四）手术整形美局限性

（1）我国整形美容外科近年来有了很大的发展，就手术范围、内容而言，日渐增多。美容手术也能以简单的酒窝成形术、鞍鼻矫正术等发展到全身的整形。（2）目前我们仍然不能超越现实，不能违背人体的自然美的规律，临床上伤残者情况各不相同，有些杂复的技术性问题，尚待进一步解决。（3）手术条件有一定局限，如手术器械的限制，有些精细的手术，我们医生虽然有了先进的设想，但受到技术设备的条件限制，手术时很难得心

应手。随着现代科技方法不断应用于口腔整形外科，其局限性也越来越缩小。

第五节 口腔门诊手术器械的消毒

（1）治疗台，手术台，器械橱用1:1000的洁尔灭消毒。（2）用过的器械都要清洗，擦干后再行灭菌消毒。（3）一般的器械可以煮沸消毒，水达沸点后30分钟取出使用。（4）锐利的金属器械可浸于1:1000新洁尔灭+0.5%亚硝酸钠的剪刀液中浸泡30分钟后使用。（5）常用剪刀液应每周更换一次，如使用率高药液出现混浊可及时过滤并加少许液体补充。（6）手机用缝纫机油煮沸，用文火热到100℃ 5分钟取出擦干。（7）一切毛巾、围巾、开刀巾、敷料，敷料筒均应用高压灭菌法消毒。（8）凡接触传染性肝炎，恶性肿瘤患者的器械，须先用1.5%来苏尔溶液浸泡2小时后再按常规消毒法处理。

第六节 门诊手术人员的准备

（1）手术人员应穿好工作服，戴手术帽及口罩。女同志应将全发盖入帽内。修剪指甲。（2）用肥皂、毛刷在流动水下仔细刷手，用无菌小手巾揩干，再以1:1000新洁尔灭浸泡3分钟。（3）如果手术涉及口腔外的面部皮肤，或手术于恶性肿瘤的患者，均应戴手套。（4）戴手套的方法是选取大小适合的手套。（$7\frac{1}{2}$英寸，7英寸及$6\frac{1}{2}$英寸三种尺码）。未戴手套的手不可触及手套正面，只能提取手套翻折部分，戴入后将衣袖口套入手套内。由助手用盐水冲去手套上的滑石粉。

第七节 门诊手术手术区的准备

（1）口腔内手术应在术前几天先作牙周洁治。（2）残根及残冠，已感染的牙最好在术前几天拔除。（3）牙周袋及冠周有慢性炎症者，以高锰酸钾放于装有纯头针的注射器内加压冲洗。（4）术前嘱患者以1:1000高锰酸钾含漱。（5）口唇部用75%酒精棉球涂擦三遍。（6）口腔内较大的手术，全部口腔及口唇部均用1:1000硫柳汞酊涂抹。（7）未能拔除的残根，残冠，龋洞，以碘酊消毒。（8）在调整好头位后，先在患者胸前铺一块方巾。以防血液、口涎渗入衣服。（9）再在口腔或手术区盖以洞巾。将洞巾的带子系于头颈部的后方（图1-17）。（10）如果手术涉及口

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



图 1-17 铺洞巾

外皮肤,应将手术区皮肤用 1:1000 柳硫汞酊涂擦三遍，或以 1:1000 新洁尔灭涂擦三遍。然后铺巾。

第八节 手术切口

一、切口的基本原则

（1）最好切口能直接暴露手术区,必要时又可便于延长。（2）损伤最少,不切断重要血管神经。（3）影响功能最少。（4）尽可能与面纹平行,并位于比较隐蔽的位置。（5）愈合牢固。（6）操作简便,所需时间较短。

二、切口的要求

（1）切口两缘组织要求整齐。（2）力求一次切开,避免多次反复切割。（3）手术刀应与皮肤,粘膜,肌肉垂直,防止斜切,或多次在同一平面上切开。以免造成不必要的损伤。

三、切口的形态

（一）直线形切口

比较常用,如脓肿的切开引流,皮肤或粘膜下的肿块剥离摘除,而肿块突起不多不需要切除皮肤或粘膜者。

（二）弧形切口

切口的特点是便于将表皮剥离,形成弧形皮瓣，暴露的面积较直线切口

为大（图 1-18）。

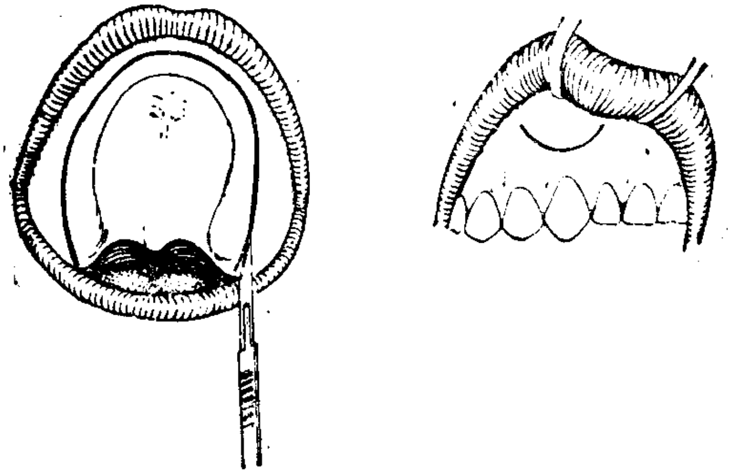


图 1-18 粘膜上的弧形切口

（三）梭形切口

用于切除表皮的病变，或者表皮深层组织的肿块，虽然表皮无病变但突起过多，需要将表皮部分切除者。缝合后成为直线创口（图 1-19）。

（四）"L"形切口

用于牙龈的翻瓣手术。横切口位于牙槽嵴正中，或牙龈缘。纵切口根据需要自牙龈缘到达牙龈皱壁。纵切口应在横切口的近中，并使两切口相交成钝角（图 1-20）。

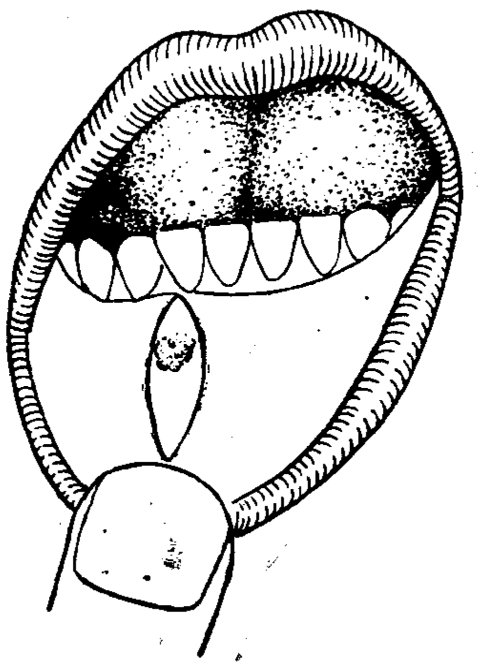


图 1-19 粘膜上梭形切口

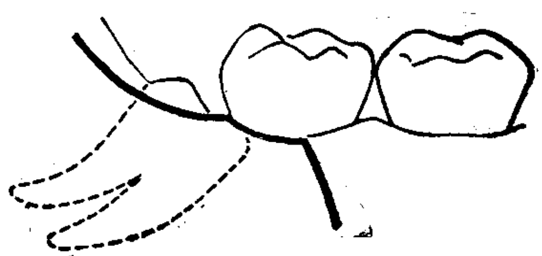


图 1-20 牙龈上"L"形切口

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（五）“Y”形切口或双“Y”形切口

硬腭正中作皮瓣翻开时有时采用“Y”形切口，颌面部较大手术，如颈淋巴根治术，腮腺手术等亦多采用（图 1-21）。

（六）圆形切口

多用于皮肤上较大肿瘤的切除，而且准备植皮时应用（图 1-22）。

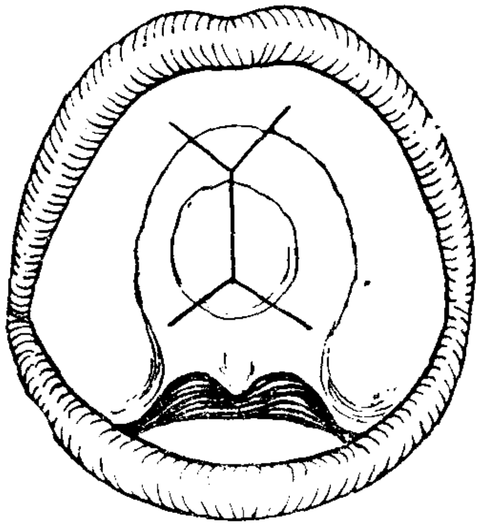


图 1-21 硬腭上双“Y”形切口

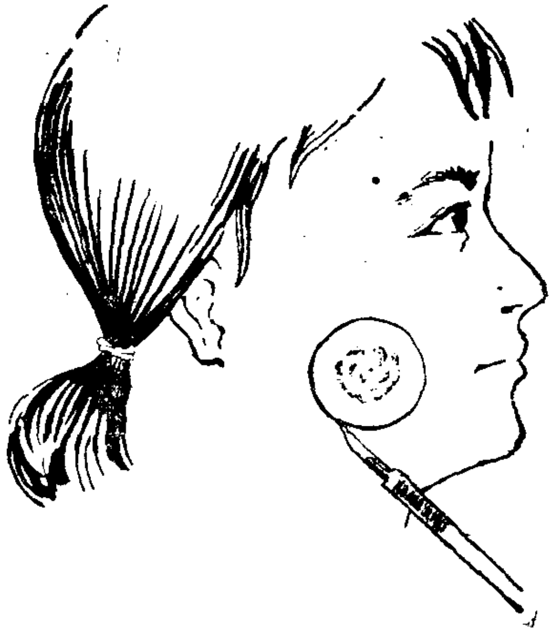


图 1-22 圆形切口

（七）“T”，“H”，“I”形切口

比较少用有时用于面颈部滑形皮瓣（图 1-23）。

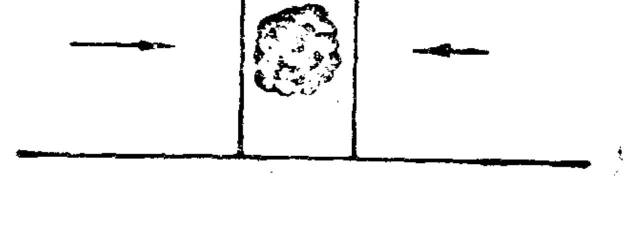


图 1-23 滑形皮瓣“H”形切口

第九节 手术止血

一、结扎止血

（1）手术时遇到较大的出血点，应该结扎止血 （2）止血时在揩干出血立即、迅速、正确地用止血钳钳夹出血点。 （3）然后用丝线结扎或电凝止血。

二、渗血的止血

（1）一般渗血可用纱布填压止血。 （2）较多的渗血可用热盐水纱布压迫止血。必要时可用止血粉，明胶海棉，止血纱布，或用1:1000的肾上腺素止血。

三、牙槽窝止血

（1）表浅的牙槽窝出血，可用纱布蘸以1:1000的肾上腺素填塞片刻即可止血。 （2）牙槽窝深部出血应用纱布的尖端，及较尖锐的器械将纱布直压至牙槽窝的底部才能止血。

第十节 缝 合

一、缝合术的基本原则

（1）创面的两缘要求整齐，不整齐的部分应加以修整。 （2）创面两

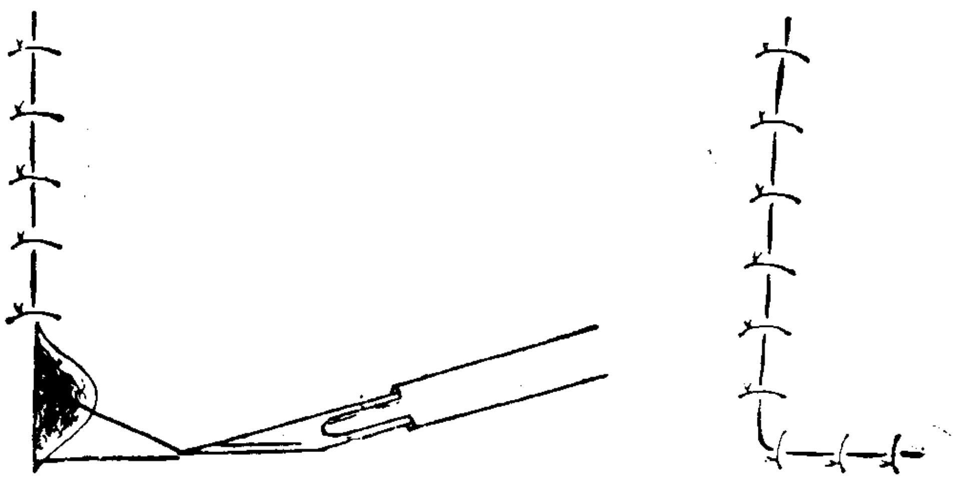


图1-24 创面两缘长度不等，在创口末端切去一个三角形

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

缘的长度要相等，如两缘不等应在较长的创口末端切去一个三角形，再作"L"形缝合，以免发生皱折。（3）皮肤缝合用三角弯针，牙龈缝合用圆弯针(图1-24)。（4）进针穿刺点距创面的距离，与出针点距创面的距离要求相等。（5）进针的深度与出针的深度要求相同。（6）每一针缝线的距离要求相等，一般是每0.5厘米一针，口腔粘膜缝合应近一些，每隔0.2～0.3厘米一针。

二、间断缝合法

（1）间断缝合是皮肤及牙龈最常用的缝合方法。根据上述的原则缝合。（2）牙龈牙间隙作牙龈乳头缝合的方法：①先用圆针穿过舌侧牙龈乳头。

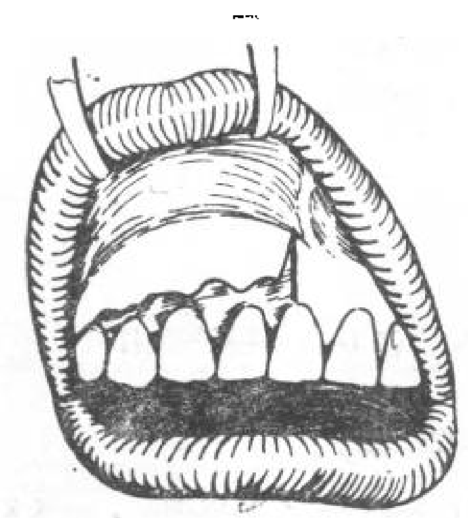


图1-25 牙龈翻瓣，准备作牙龈乳头缝合

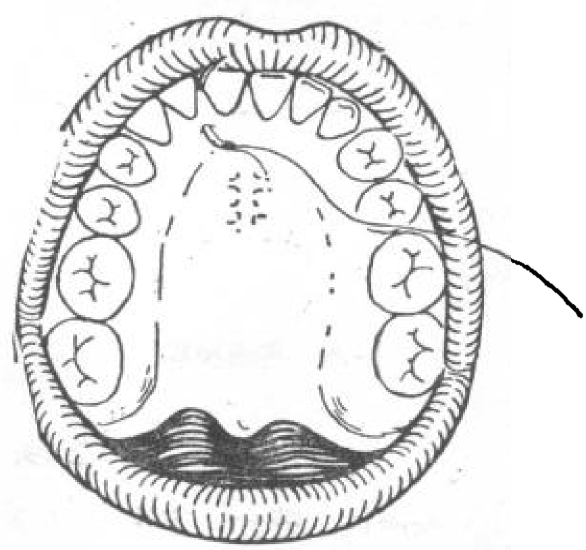


图1-26 缝针先穿过舌侧牙龈乳头

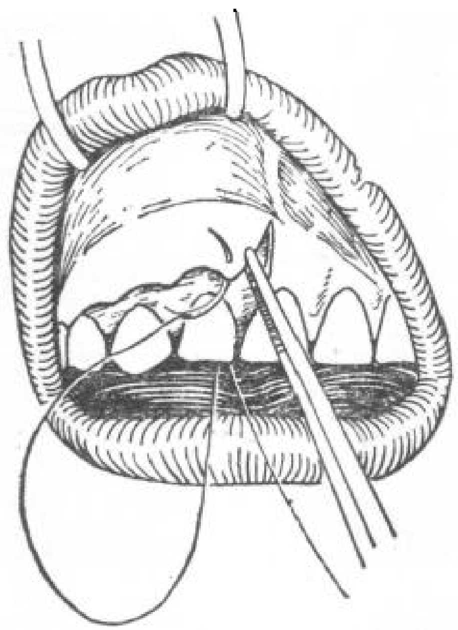


图1-27 再穿过唇颊侧牙龈乳头

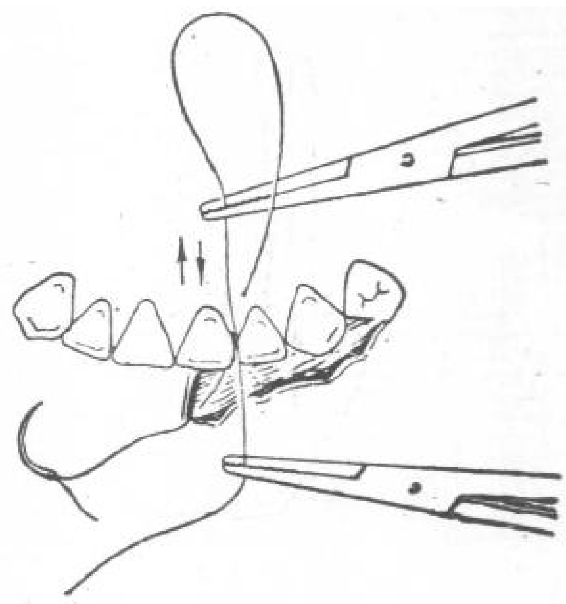


图1-28 把线的中段拉过牙间隙

②再穿过唇颊侧牙龈乳头。③用止血钳或持针器，将线的中段来回拉动，拉入牙间隙内。④将线拉紧，在唇颊侧打结(图 1-25，1-26，1-27，1-28，1-29，1-30)。

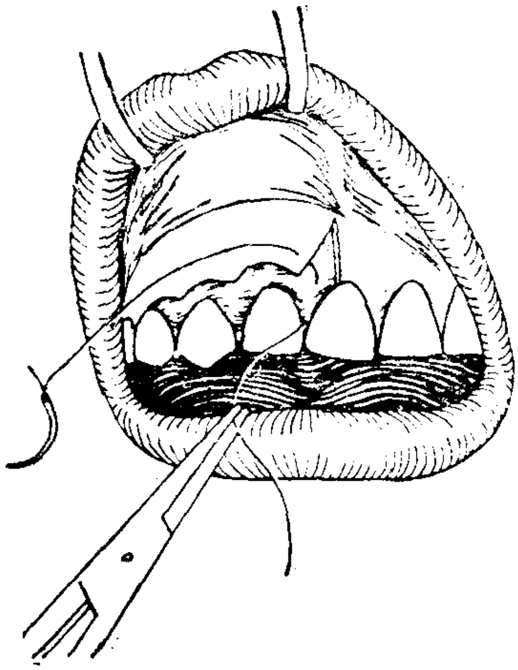


图 1-29　将线拉紧

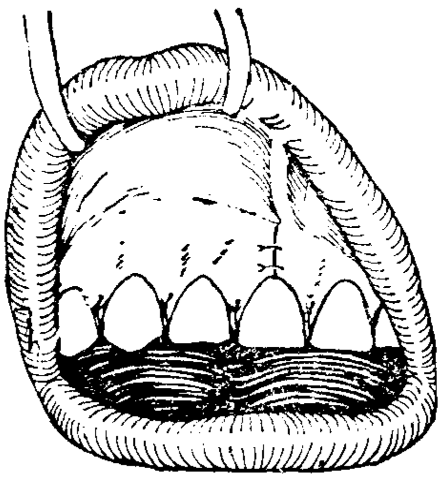


图 1-30　在唇颊侧打结

三、连续缝合法

(1) 按照间断缝合的方法，缝合第一针，不打结，不将线剪断。 (2) 将线自第一针缝线的基部穿过，再缝第二针(图 1-31)。

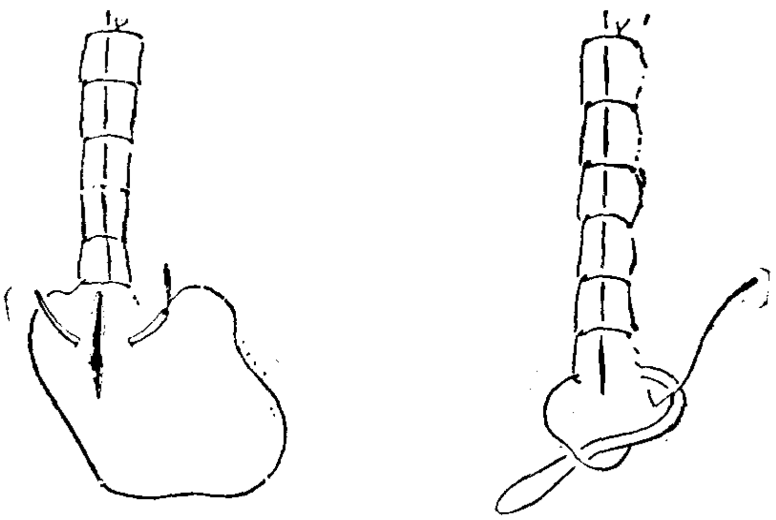


图 1-31　连续锁边缝合

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

四、外翻缝合法（褥式缝合法）

（1）适用于张力较大，组织薄的缝合。创面接触面大，外面有突起。（2）缝合方法：①按照间断缝合的方法自创缘的一侧穿过创缘对侧。②再自创缘对侧用同样方法穿回，打结（图1-32）。

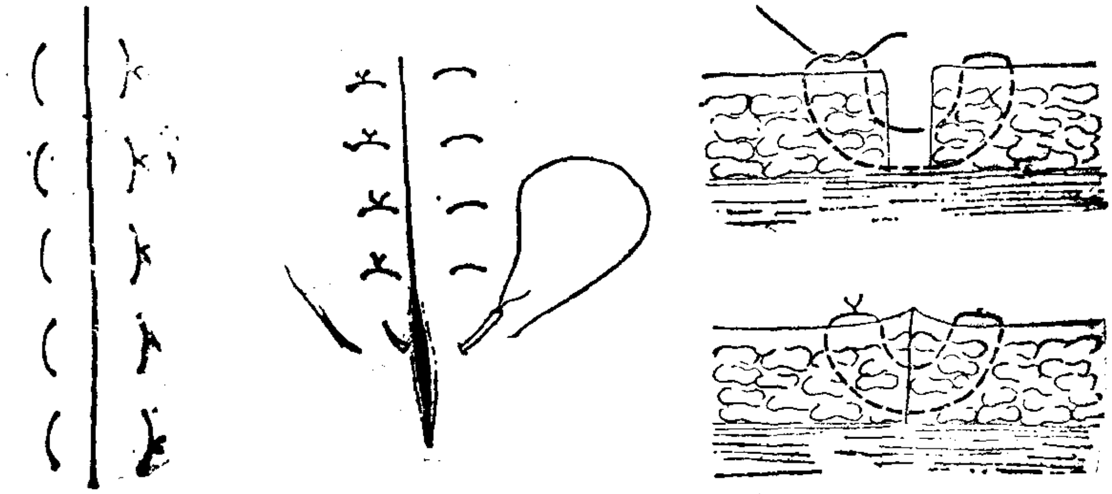
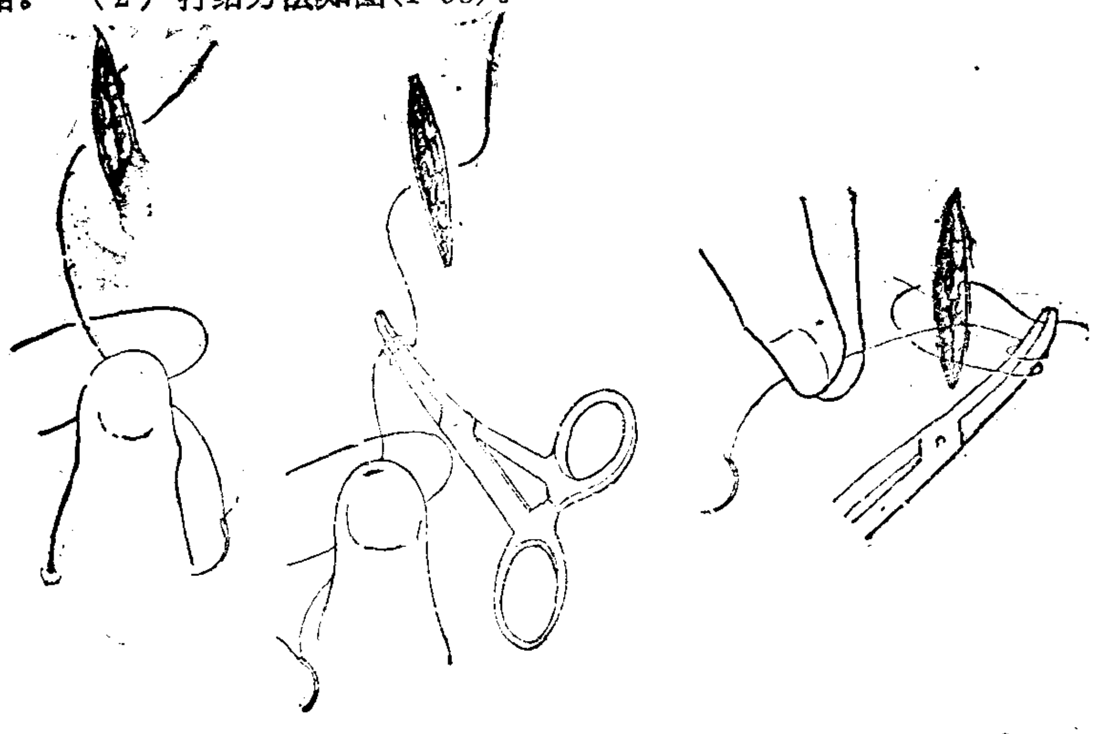


图1-32　横形褥式缝合

第十一节　打　　结

一、器械打结

（1）多用于口腔内的缝合打结，或者较深的创面，手指难于伸入的创面打结。（2）打结方法如图（1-33）。



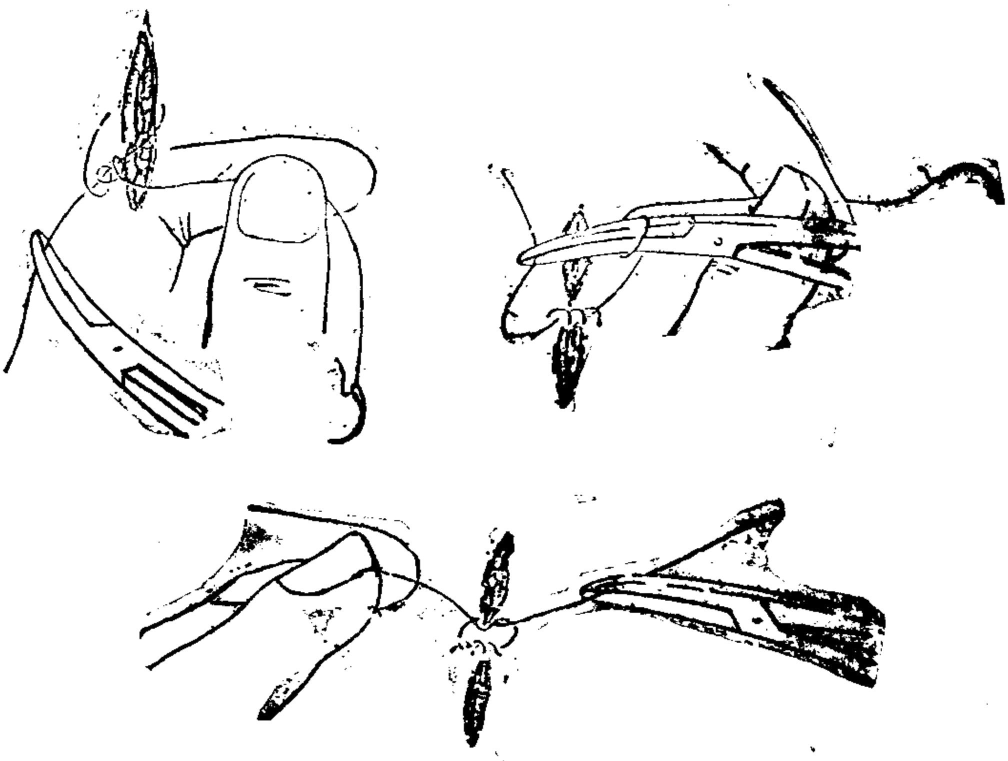
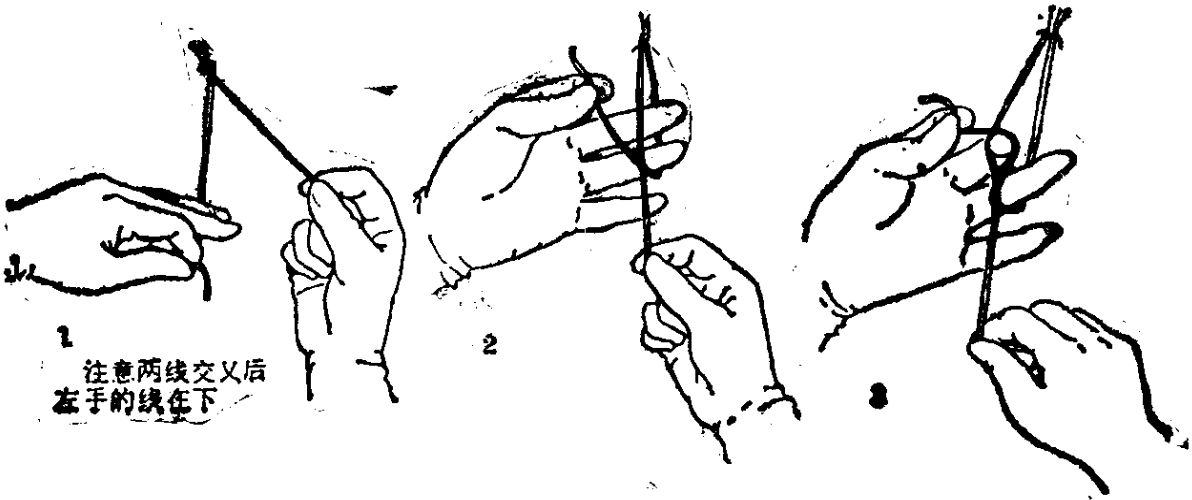


图 1-33　器械打结

二、手 打 结

（1）一般以左手单手打结法最为方便。（2）打结方法如图（图1-34）。



单手打结（一）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

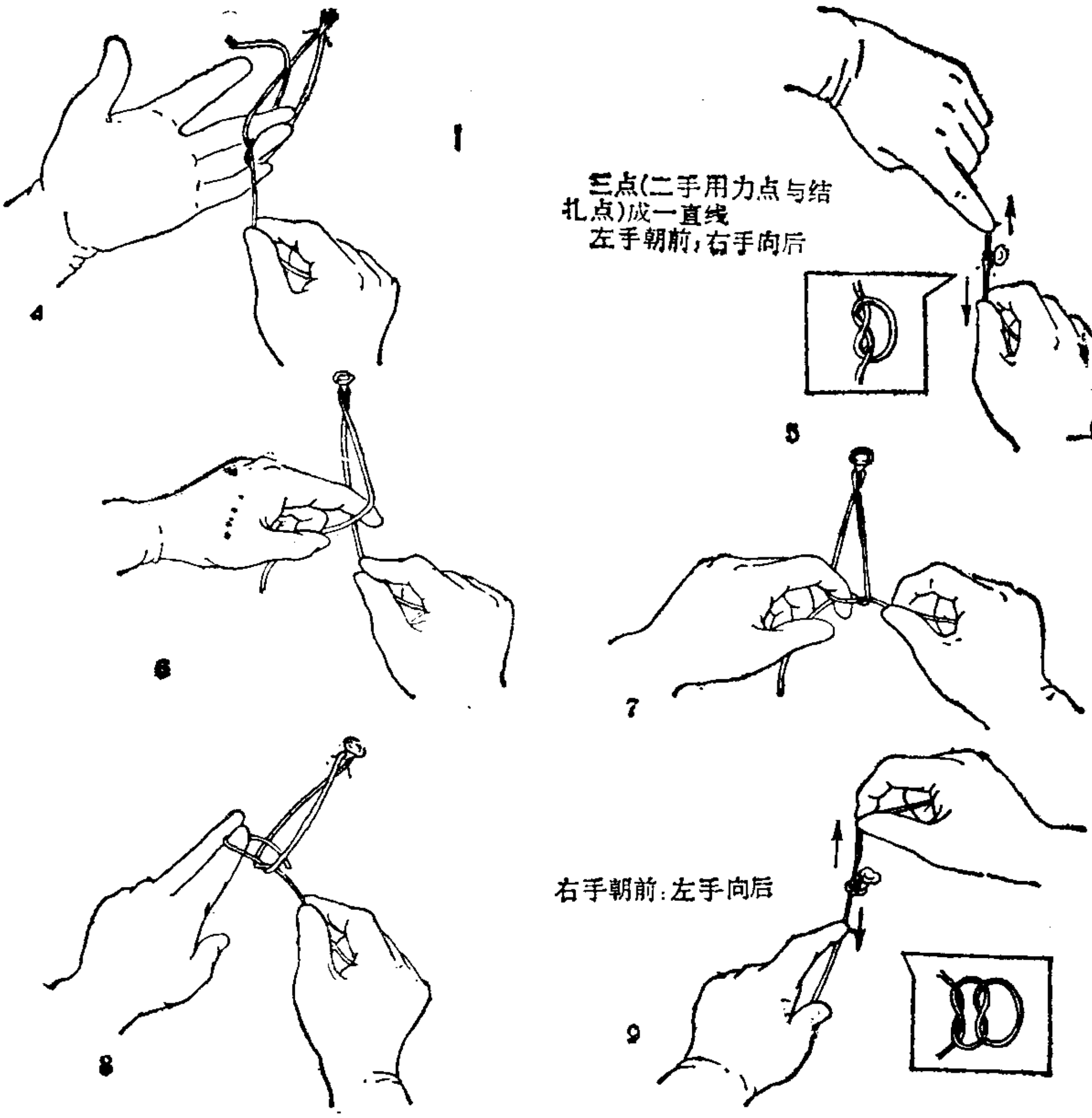


图 1-34 单手打结(二)

第十二节 拆 线

（1）拆线时间不宜过长，以减少针眼炎症反应，一般在术后第5天。颌面部较大的创口可于术后第5天间隔拆线，7天拆完。（2）拆线前应先按换药常规进行创面消毒，口腔内用高锰酸钾溶液含漱，并以碘酊消毒。（3）如线头被痂皮粘连，应用温盐水将痂皮泡软，轻轻掀起痂皮剪断缝线。（4）拆缝时应将剪刀插入线结下，紧贴针眼处剪断，以免将暴露于创面外的线段拉入针眼(图 1-35)。

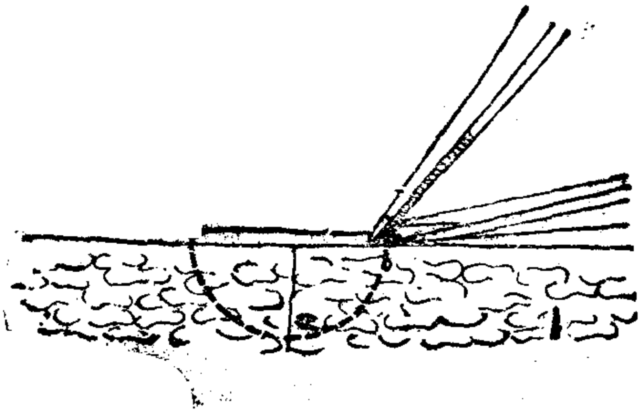


图 1-35 拆线

第十三节 引　流

（1）积脓、积液的腔，切开后，使分泌物不断排出，应放引流条。（2）切口内有渗血，未能彻底止住，为了防止局部积血，可放置引流，在 24～48 小时后取除。（3）伤口内有感染或污染，为了防止感染发生或扩散，可放置引流条。待渗出液消失后取出。（4）颌骨手术后遗留较大的骨腔，为了防止术后渗血，以及防止骨腔内凝积大量血块，可用长碘仿引流条填塞骨腔48小时以后分次取出。（5）颜面部手术最好不用引流条，以免引流口产生疤痕，如必须放引流条时，应放于较隐蔽的部位。（6）口腔内多用纱条引流，因不易脱落。口腔外多用橡皮片引流。

第十四节 活组织检查

一、切取、钻取或咬取法

（1）切取是用手术刀切取标本，咬取是用咬钳咬取标本。钻取是用口径不同筒形钻头，钻取标本。（2）取活组织标本大小应适宜，取组织过大，损伤大，不易止血，过小则不足以供诊断。（3）切取部位非常重要，有溃疡时以取近边界为宜，因有正常组织可作比较。在中部取材以取深部为妥。较深部的病变，应将表面正常皮肤或粘膜剥离至病变部位取材，然后缝合。（4）摘取淋巴结作活检时应该完整。（5）取下的活组织，或在取活组织时，不应用止血钳将其夹碎，这样会大大影响诊断的正确性。

二、穿刺吸取标本法

（1）用注射器吸取活组织作涂片或石蜡切片检查。用于深部肿瘤的活

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

组织检查。（2）准备20或50毫升注射器，12、18号带有芯的注射针。（3）皮肤消毒后，在0.5％普罗卡因局部麻醉下，用尖刀作一小切口。（4）以一手固定肿块不使移动，将注射针连芯刺入肿块深部。（5）将针芯拔去，装上注射器，在负压下自深向浅吸取活组织。再由浅到深，反复几次。（6）在注射针未拔出前先脱去注射器。（7）再拔出针头，穿入针芯将吸取的活组织推放于一小块棉纸上。（8）将棉纸浸入10％福尔马林瓶内送检。（图1-36，1-37，1-38，1-39）。

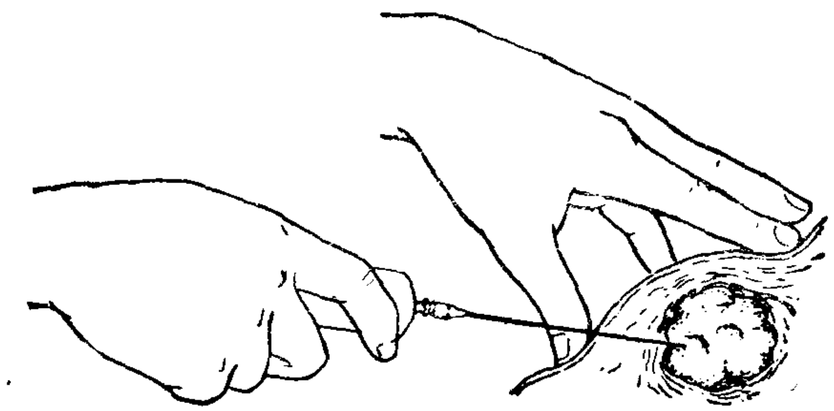


图1-36 穿刺活检，一手固定肿块，刺入肿块后装上注射器

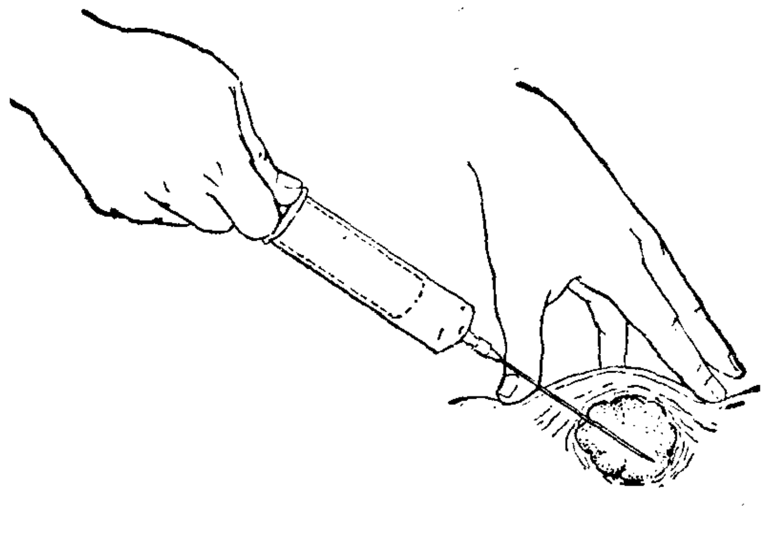


图1-37 保持一定负压下自肿块的深部向表面抽去

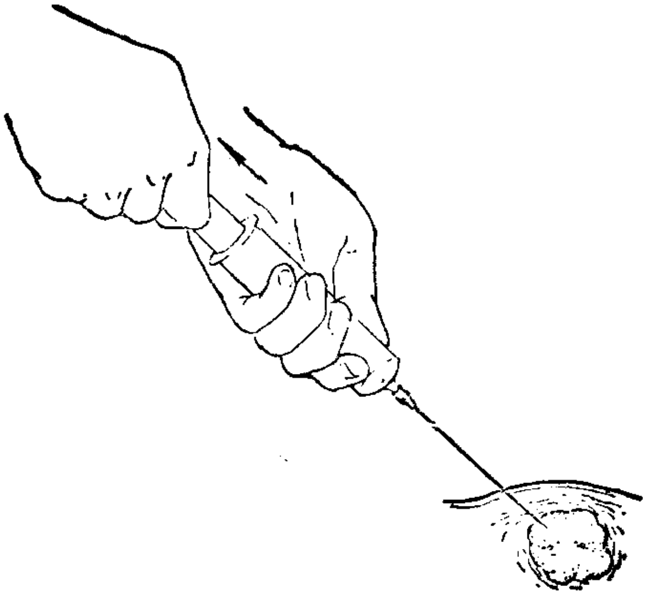


图 1-38　在负压下自深向浅吸取活组织

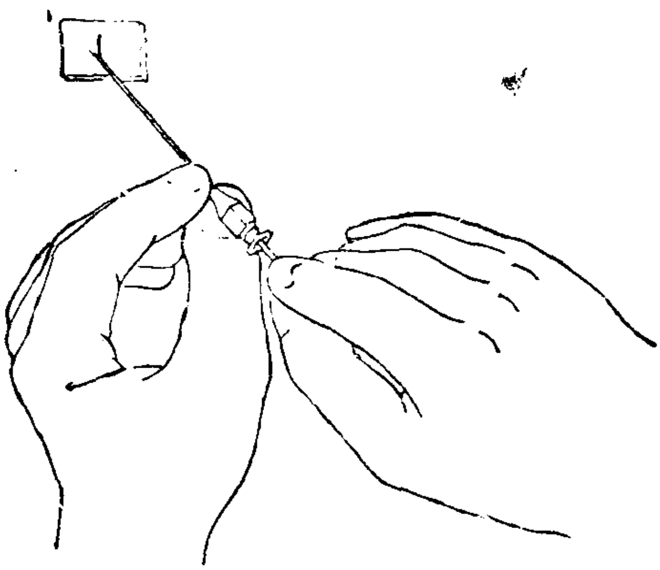


图 1-39　将针芯插入注射针标本放于棉纸上

第十五节　手术后的康复评定

康复评定首先是在了解功能障碍的情况后，便于通过手术促进功能恢复。前者有助于诊断，增强适应症的准确性；后者则确定术后功能恢复的程度，以提高手术的理论水平，从而帮助临床总结经验，提高医疗水平。随着口腔康复医疗的兴起，在国外很重视手术后的康复评定，尤其是用于口腔专业教学和指导实习生、进修生不可缺少的知识内容。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

一、咀嚼功能的康复评定

（1）咀嚼功能的康复程度，主要是通过咀嚼效率的测定进行评定的，术后患者在一定时间内将一定量的食物嚼碎，这一实际效果就是咀嚼功能恢复的程度。（2）测定方法是给术后患者一定量的不同食物，咀嚼一定量的时间，然后吐出，选用筛孔为1～2.5mm直径过筛后烘干，从过筛剩余量的多少，再通过公式，即可计算出咀嚼效率。（3）咀嚼效率公式为：

$$咀嚼效率=\frac{咀嚼食物总量-过筛剩余食物量}{咀嚼食物总量}\times\%$$

（4）公式是评定咀嚼功能效率的一个定量方法。例如取板栗2克，让术后患者咀嚼40秒钟，然后吐在2.5mm直径筛孔的筛内，用清水洗净唾液，将残渣烘干，称其重量为0.6克时，其咀嚼功能恢复的效率为：

$$\frac{2克-0.6克}{2克}\times\%=70\%$$

（5）由于影响咀嚼效率的因素是多方面的，除了依靠牙的切割、压、磨功能以外，还涉及唇、舌、颊等的协同运动机能，如唇、颊部缺损，咀嚼时食物易流出口腔，舌的运动障碍会影响运送食物等。（6）食物味道的刺激还会引起神经反射性作用，因此，术后功能的康复情况，当综合各方面因素，进行全面而综合性的评定，才能确定恢复的好坏。例如，必须参照患者咀嚼食物的感觉如费力等情况，以及不需口外加工或吞咽、语言诸因素综合评定。

二、言语功能的康复评定

（1）言语主要是指口语，手术后恢复说话能力方面的情况，康复评定可选择发音、吹唱、朗读、交谈等项目进行评定其言语功能的康复程度。（2）初级：a)发音不清：说话不连续或说话时口内有含物感，但能基本使听者明确患者说话大意。b)鼻音模糊：发出的元音带有浓厚的鼻音，甚则说话模糊不清，使听者基本上能理解其大意。c)凡吐词不清，发音夹杂“丝”音，吹唱声音模糊，均为言语功能恢复不良，未能达到口腔手术的康复目的。（3）中级：口语基本清晰，能在缓慢的情况下，发音、吐词清晰，但说话不流畅、语音不圆润者，可评为言语功能恢复中等。（4）优级：发音无上述语病，言语利畅，读音圆润悦耳，能与人作长时间的交谈或口技表缩（口技艺人）者，言语功能恢复到最佳状态，达到完全康复的目的，可评定为优级。

三、美容效能的康复评定

（1）颌面部的正常结构与外形是维持面容的重要因素，若颌骨或牙齿

术后复形不良，面部外形则会出现塌陷或不对称等情况，明显地影响容貌。由于各龄美容，没有客观统一的标准，很难进行评定。但总的说来，一般要求面部上1/3，中1/3和下1/3基本相等协调，左右侧面对称，圆润丰满。（2）面部形态美是一个模糊的概念，目前尚无精确的分级标准，只有通过形态比较，即修复后的患者面貌与患者平时正常时面貌形态的比较，便可判定其美容效能的程度。（3）术后康复医疗对形态美的要求，只能是尽可能地接近原来健康状态下的形态美容。例如，经手术后，在面部形成的瘢痕疙瘩，尽管通过各种消瘢的康复措施，但仍然只能是接近原来外部形态美容的水平。因此，康复对美容效能的评定，要求在不损害功能的前提下，尽可能地提高面部形态美的程度。（4）由于康复目标不但要提高生命质量，而且要求提高生活质量，过有意义的生活。因此，随着健康标准的提高，人们不但具有面部机能美的要求，而且因心理美感因素，即或是面部健康的人，也会要求面颜更加美丽，于是便在口腔手术中开拓了手术美容，如酒窝成形术、鞍鼻矫正术等，以满足人们心理与形体审美的要求。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第二章　口腔外科小手术

第一节　口腔颌面部局部麻醉

一、局部浸润麻醉

（一）颌面部局部浸润麻醉方法

（1）先作皮内泡，方法是：以皮下注射针，将针尖斜面面向皮肤，注射器几乎与皮肤平行，向皮内刺入，刺入时用左手将皮肤向后拉紧，如此操作针尖易于刺入皮内，又可减少疼痛。进针后注入少量麻醉液，使皮肤隆起成一直径约1厘米的小泡(图2-1)。（2）在第一个皮内泡作成以后，针尖在皮内继



图2-1　颌面部浸润麻醉法作皮内泡

续向前推进，再作第二个，第三，四个皮内泡。作成一连串皮内泡。（3）这种麻醉方法适用于短小的手术切口(图2-2)。（4）如切口较长，可由皮内

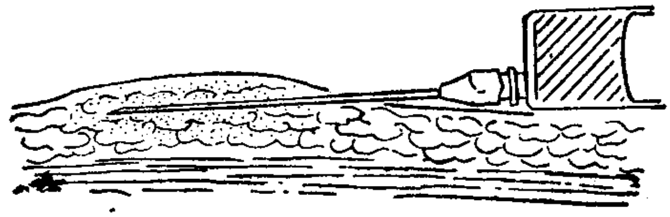


图2-2　颌面部间部浸润麻醉法作一连串皮内泡

泡进针，注射器与皮肤平行方向刺入皮下，紧贴皮肤，不可过深，向拟定的方向进针，形成一个隆起的浸润带(图2-3)。（5）口腔颌面外科手术，除需要沿切口作麻醉以外，还需要在手术范围内作麻醉。此时可以作扇形浸润麻醉，即利用一个进针点，在手术范围内，按不同方向换次边注射边进针，再边注射边退针。当退至进针点时，再调换注射方向(图2-4)。



图 2-3　颌面部浸润麻醉法形成浸润带

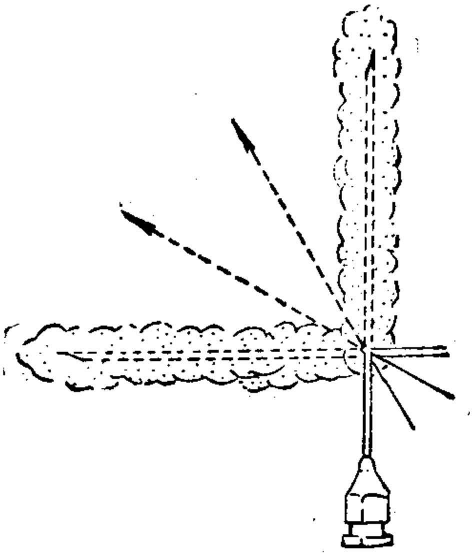


图 2-4　颌面部浸润麻醉法扇形浸润

（二）牙槽部浸润麻醉法

〔1〕根尖部浸润麻醉法

（1）针尖由患牙或手术区的唇颊侧，相当于根尖部的前庭粘膜处刺入，到达骨面，注射麻醉剂1毫升。再在腭面相当于根尖区的牙龈上刺入，到达骨面，注射0.5毫升麻醉剂(图2-5，2-6)。（2）如果需要浸润两个牙，或两个牙以上的区域时，唇颊侧注射针穿刺点在麻醉区的中点的粘膜皱壁处，刺入后注射少量麻醉剂，退针至近针点附近换方向向远中或近中进针，再注射麻醉剂，再退针换方向，进针，注射麻醉剂(图2-7)。

〔2〕牙龈乳头浸润麻醉法

（1）牙龈乳头浸润麻醉是将麻醉剂用相当大的压力注射于牙的近远中牙龈乳头上。使麻醉剂浸润于牙周膜，用于麻醉拔牙，有较好的麻醉效果，多用于拔除下颌前牙而且同时拔除两侧前牙，可免去作双侧阻滞麻醉。且用少量麻醉剂即够。牙龈乳头麻醉也可以作为一种辅助麻醉。患有急性牙周膜炎或急性根尖炎拔牙时往往阻滞麻醉或根尖部浸润麻醉效果不理想，可再加牙龈乳头麻醉少许，即可有较好的麻醉效果。（2）方法是用细短的注射针

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

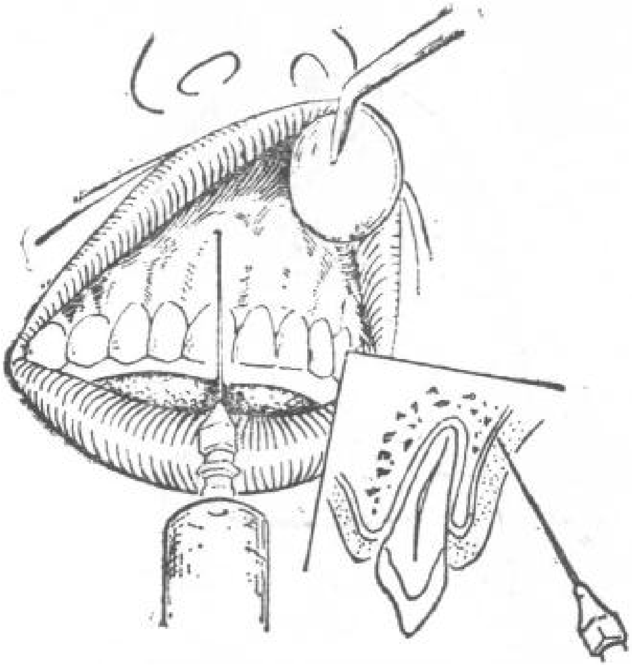


图 2-5　牙槽部局部浸润麻醉唇颊侧注射

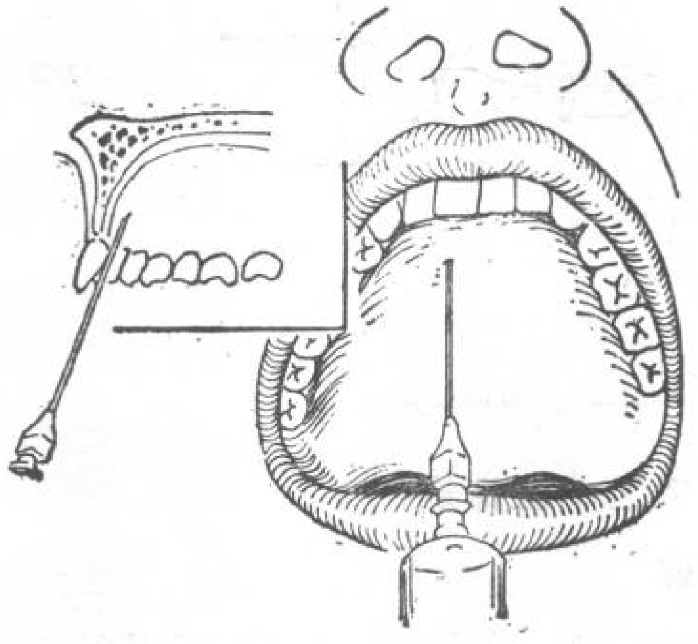


图 2-6
牙槽部浸润麻醉腭侧注射

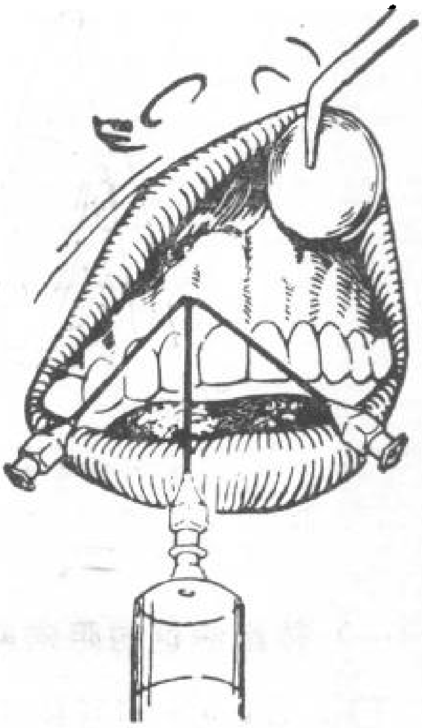


图 2-7
牙槽部局部浸润麻醉
两个牙以上的区域注射法

在唇侧牙龈乳头中下方刺入，加压注射 0.2～0.3 毫升麻醉剂，见牙龈乳头发白后，继续进针，使针尖刺入舌侧牙龈乳头，再注射 0.2 毫升麻醉剂。如法注射于患牙近中及远中牙龈乳头，拔两个牙注射三个牙龈乳头。注射完毕后可

立即拔牙(图 2-8,2-9)。

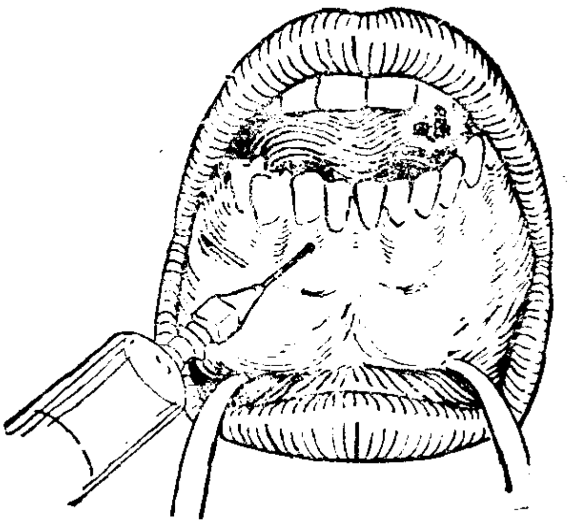


图 2-8　牙龈乳头浸润麻醉正面图

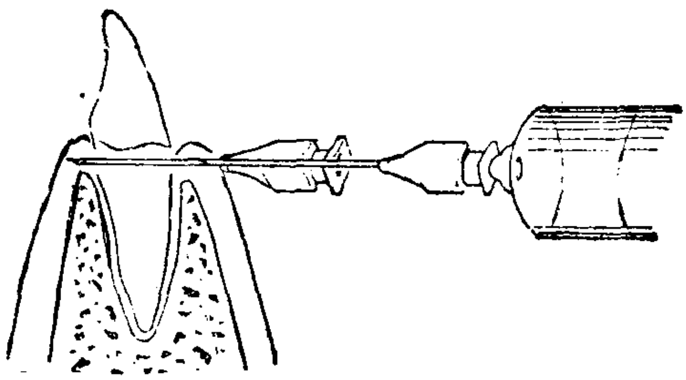


图 2-9　牙龈乳头浸润麻醉侧面图

二、局部区域阻滞麻醉

(一) 软组织区域阻滞麻醉

(1)用 0.5%～1% 浓度的麻醉剂,先在手术区的四周作皮下浸润麻醉(方法见局部浸润麻醉)(图 2-10)。 (2)然后向肿块或手术区四面和底部作锥形注射。注意注射针勿穿入或穿过手术区(图 2-11)

(二) 神经阻滞麻醉

〔1〕后上牙槽神经麻醉(上颌结节注射法)

(1)在上颌第二磨牙近中颊侧前庭皱壁处刺入,注射针与上颌牙咬合

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

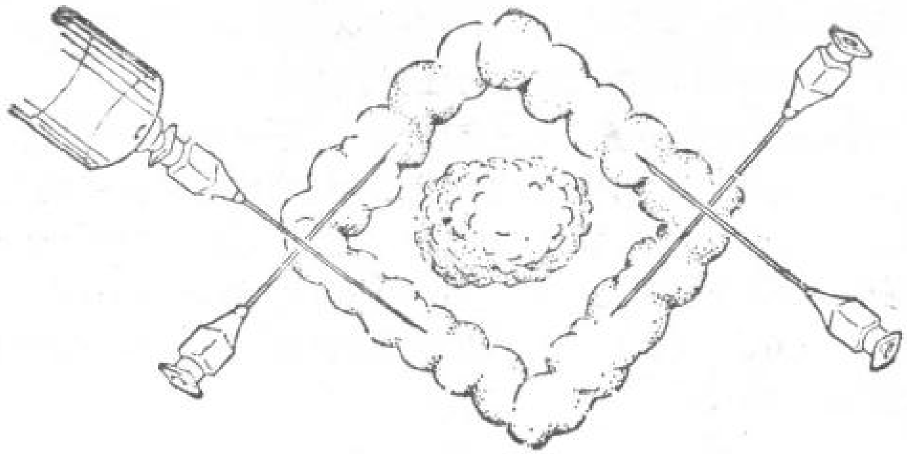


图 2-10　局部区域阻滞麻醉

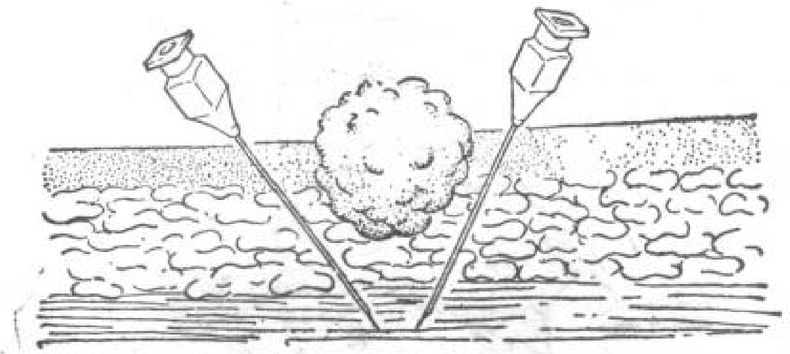


图 2-11　局部区域阻滞锥形注射

面成 45°角，继续深入，针尖沿上颌结节骨面向后，向上，向内进针深达2.0～2.5 厘米时，注入麻醉剂1～1.5 毫升(图 2-12)。　(2) 麻醉范围：上颌第

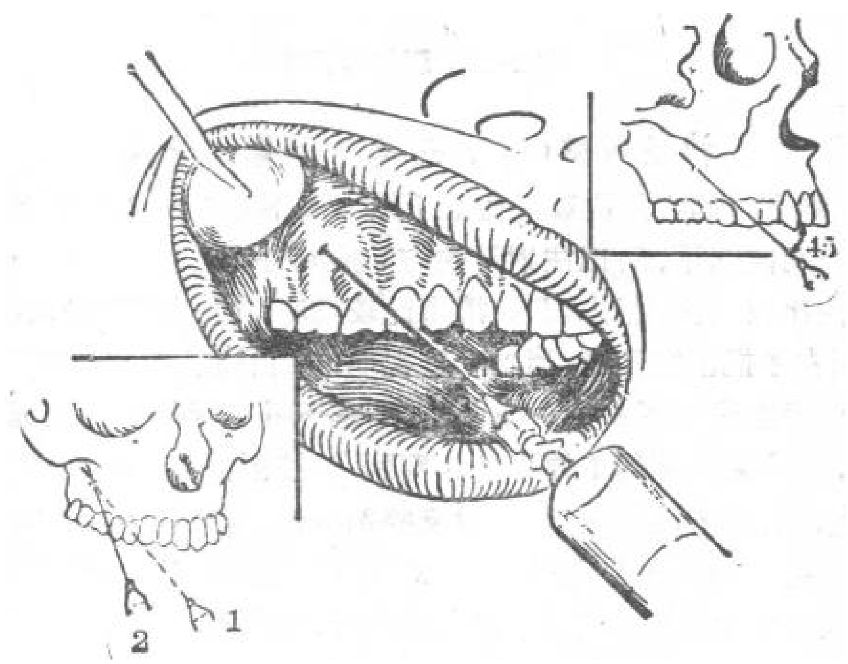


图 2-12　后上牙槽神经麻醉

一磨牙(近中颊根除外)，第二磨牙，第三磨牙及上颌结节的牙槽骨，颊侧牙龈及粘膜。麻醉上颌第一磨牙近中颊根可在该区注射少量浸润麻醉。

〔2〕腭前神经麻醉(腭大孔注射法)

(1)腭大孔的实际位置在第三磨牙腭侧，牙龈缘至腭中缝的1/3与外1/3交界处。如无第三磨牙，腭大孔应在第二磨牙腭侧。倘磨牙缺失，应以腭后缘为标志，腭大孔在腭后缘前方0.5厘米处。(2)注射针的方向自前向后，穿刺点的位置应较腭大孔的实际位置略向前，触及骨面或进入孔内，注射麻醉剂0.5毫升。(3)麻醉范围：自上颌前牙远中至第三磨牙的腭侧牙龈及粘膜(图2-13)。

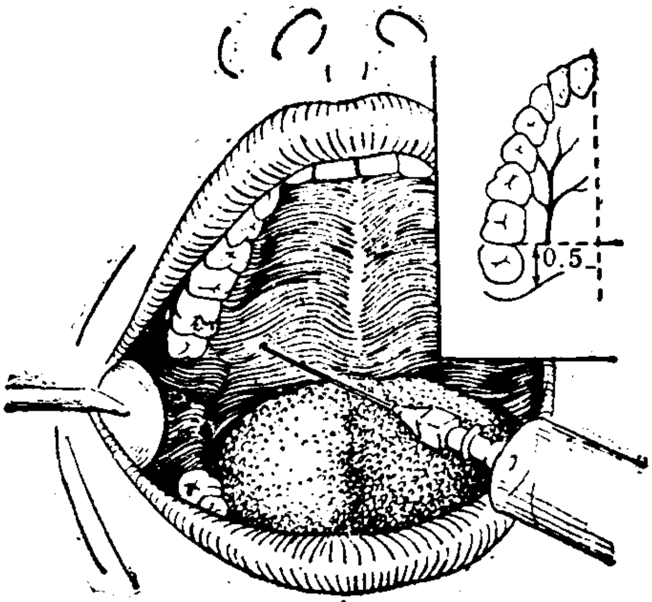


图 2-13 腭前神经麻醉

〔3〕眶下神经麻醉(眶下孔及眶下管注射法)

(1)眶下孔的实际位置是在眶下缘中点下方5～6个毫米处。因眶下孔的方向是向内向下，所以注射针的方向应向外，向上。(2)口外注射法：口外注射法比较直接，标志明确，消毒比较彻底，而且可以进入眶下管注射，方法是：用左手扪出眶下缘，嘱患者直视前方，自瞳孔向地面画垂直假想线，在眶下缘沿垂直线向下5～6毫米处，即眶下孔实际位置。在眶下孔实际位置的下方，或鼻翼外侧约1厘米处作穿刺点，注射器与矢状面和皮肤成45°角，斜向上，外，后方触及骨面，注射麻醉剂少许，直接刺入眶下管。深入8～10毫米，注射麻醉剂0.5毫升。(3)口内注射法：病员头略向后仰，使上颌牙的殆面与地平面成45°角，将上唇牵开，穿刺点在上颌尖牙根尖粘膜皱壁处。用左手扪及眶下缘中点，再往下扪及眶下孔，左手按在眶下孔处进针，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

到达眶下孔，注射麻醉剂 0.5～1 毫升（图 2-14，2-15，2-16）（4）麻醉范围：上颌中切牙，侧切牙及尖牙的牙槽骨，骨膜，及中切牙至尖牙唇侧牙龈及粘膜，并麻醉同侧鼻翼，上唇，及眶下部软组织。如注射针进入眶下管，则麻醉上颌双尖牙及第一磨牙近中颊根的牙槽骨及颊侧牙龈。

〔4〕鼻腭神经麻醉（切牙孔注射法）

（1）切牙孔的位置在两中切间的腭侧，切牙乳头的位置。（2）注射针自切牙乳头的旁侧刺入，先注入少许麻醉剂，然后将针头转正，向孔内刺入少许，注入麻醉剂 0.2～0.5 毫升（图 2-17）。

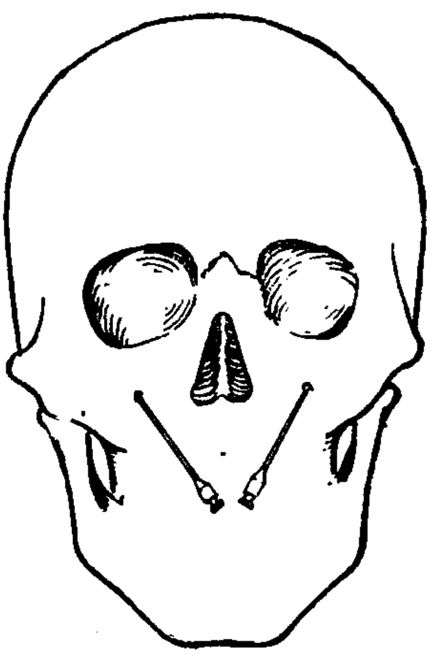


图 2-14　眶下神经麻醉口外法

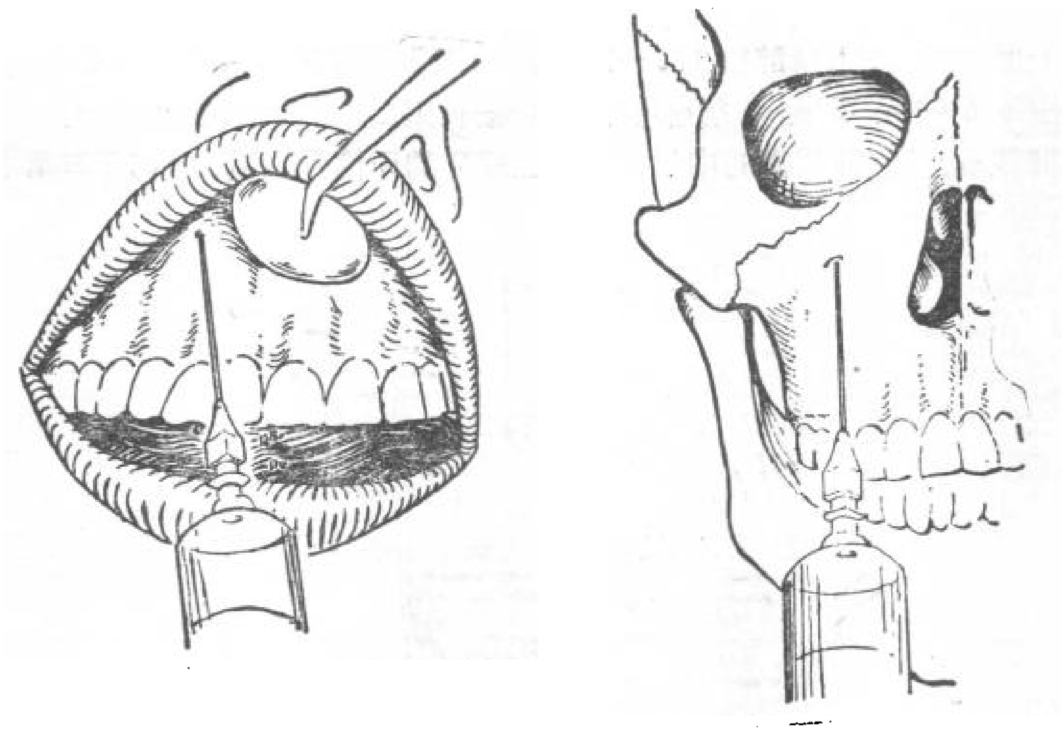


图 2-15，图 2-16　眶下神经麻醉口内法

〔5〕下牙槽神经及舌神经麻醉（翼下颌间隙注射法）

（1）注射麻醉剂于下颌孔上方的翼下颌间隙内，下颌孔的位置在下颌支内侧，自乙状切迹的中点垂直至下颌骨下缘的垂直线的中点上。（2）口内标志是相当于颊垫的尖端处，此处是一三角尖的凹陷。针尖由对侧口角相当于下颌双尖牙的咬𬌗面处指向刺入点，进针深约 2 厘米，触及骨面，试行抽

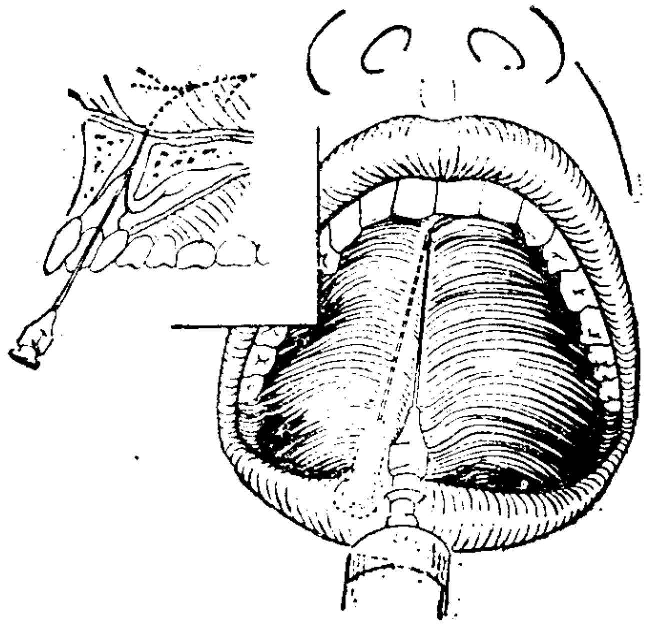


图 2-17　鼻腭神经麻醉

吸无回血后，注入麻醉剂 1.0～1.5 毫升，以阻滞下牙槽神经。（3）将针头退出 0.5～1.0 厘米，注射麻醉剂 0.5 毫升以阻滞舌神经(图 2-18)。（4）麻醉范围：下颌注射侧的中切牙至第三磨牙的牙槽骨骨膜，中切牙至第二双

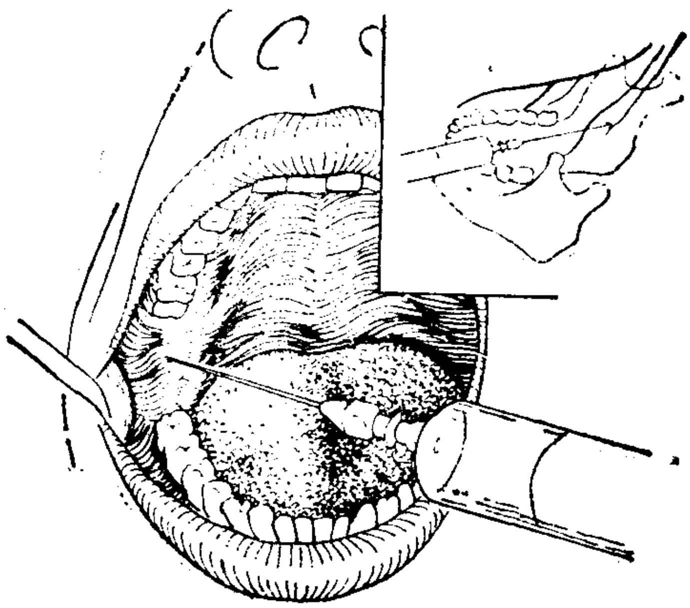


图 2-18　下牙槽神经及舌神经麻醉

尖牙唇颊侧的牙龈及粘膜。（牙槽神经的范围）舌的前2/3，中切牙至第三磨牙舌侧牙龈及粘膜（舌神经的范围）

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

〔6〕颊神经麻醉

（1）自腮腺导管口后下方约1厘米处，刺入粘膜与颊肌，注射0.5毫升麻醉剂。（2）麻醉范围：第一第二，及第三下颌磨牙颊侧牙龈及粘膜。

第二节 拔牙与取根术

［适应症］

（1）严重牙体、牙周病，经治疗无效或目前所掌握的治疗方法无法治疗者。（2）因损伤，牙冠折断至龈下，或有牙根折断不能治疗修复者。在骨折线上的牙妨碍骨折的愈合，或有可能继发骨感染者。（3）错位牙，多生牙，影响牙的正常排列，影响正常咬殆，妨碍咀嚼功能，或由于矫正治疗需要减数的牙。（4）乳牙滞留，影响恒牙萌出的乳牙。（5）阻生牙，已并发冠周炎及邻牙龋病者，或有可能并发上述疾病亦可作预防性拔除。（6）某些与全身疾病有关的，如风湿病，风湿性心脏病，肾炎，眼病等的病灶牙。

一、拔 牙 手 术

（一）上颌中切牙及侧切牙拔除术

（1）上颌中切牙及侧切牙为近似圆锥形的单根牙，牙根较直．侧切牙牙根略扁较短，根尖1/3常稍偏向远中。牙槽骨壁唇侧薄。（2）拔除时先向唇侧摇动，也可同时用旋转动作，沿长轴作直线牵引拔出。侧切牙旋转角度要小，脱位方向应向下前稍偏远中。（图2-19，2-20）

（二）上颌尖牙拔除术

（1）牙根为锥形单根，根粗而长，两侧面略扁平，一般较直，也有时根尖1/3弯向远中。此牙较牢固，唇侧牙槽骨板较薄。（2）拔除方法以唇颊侧摆动为主，最后应用扭转力及拔力（图2-21）。

（三）上颌第一双尖牙拔除方法

（1）上颌第一双尖牙常为二根，颊根及腭根，腭根在牙槽骨内的位置较深，有时为单根，或在根尖处分为两根。（2）拔除时只宜颊腭侧摆动，旋扭力应避免使用，最后单纯使用拔力使其脱位。此牙易于断根，而且取根比较困难，如果能摇动时多加注意，使其多松动。即使断根也较易于取根。

（四）上颌第二双尖牙拔除方法

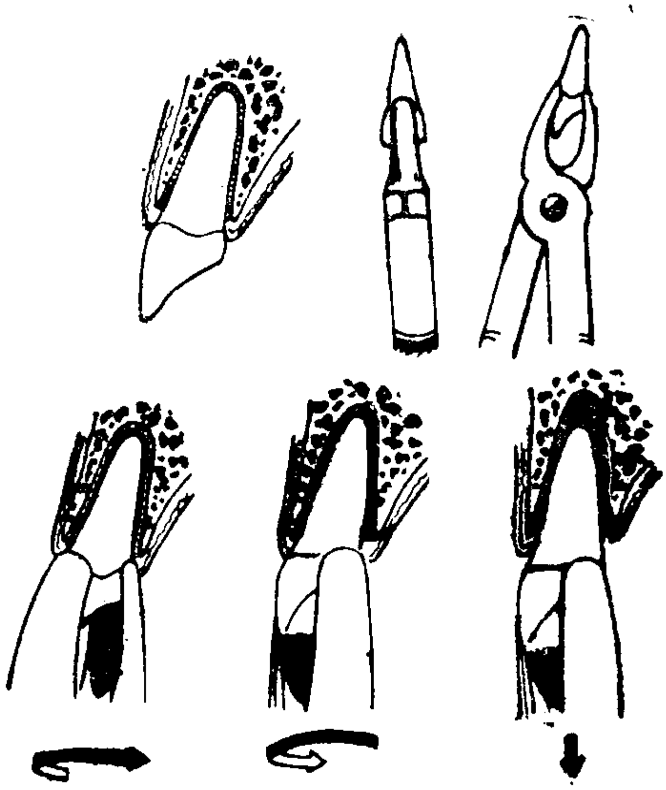


图 2-19　上颌中切牙拔除术

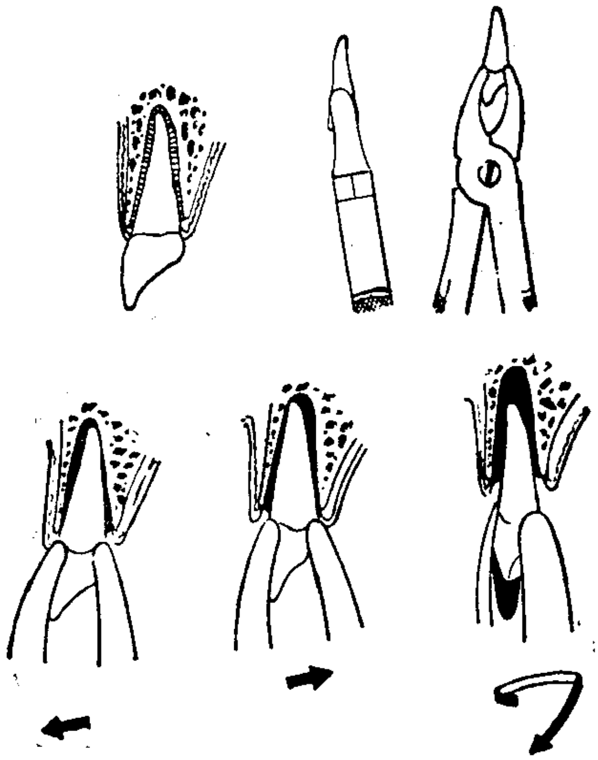


图 2-20　上颌侧切牙拔除术

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

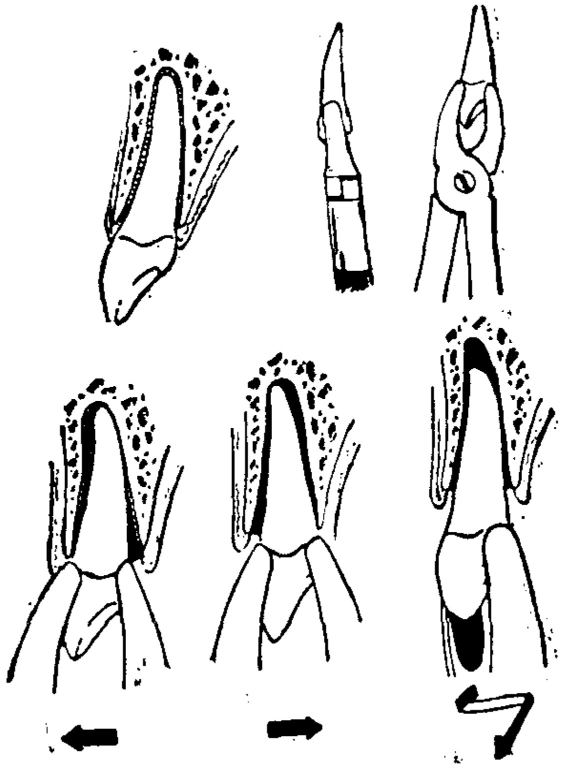


图 2-21 上颌尖牙拔除术

（1）上颌第二双尖牙，为单根，少有分叉，牙根较扁平，有时根尖有弯曲。有时在根的近中面有骨质嵌入，牙根的断面类似"8"字形。（2）拔除时应先向颊腭侧摆动，最后可用旋转力使其脱位(图2-22)。

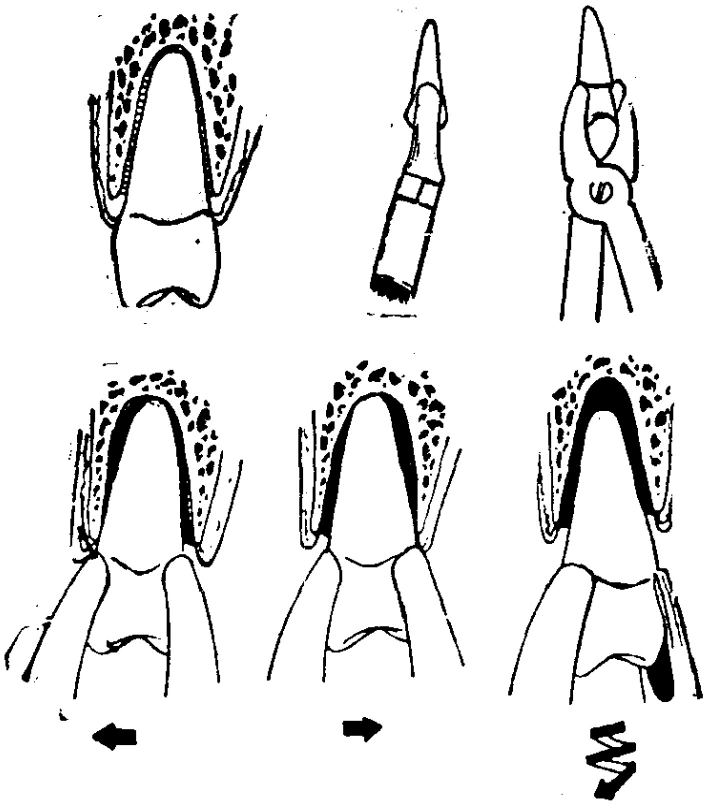


图 2-22 上颌第二双尖牙拔除术

（五）上颌第一、二磨牙拔除方法

（1）上颌第一二磨牙多为三根，颊侧二根，腭侧一根，第一磨牙是上颌磨牙中根最为粗大者，而且分叉较大。第二磨牙分叉较小，根也较细。此两牙均位于坚实的牙槽骨内，牙槽中隔致密而厚，第一磨牙颊侧又有颧牙槽嵴使骨壁增厚加固，因此拔除时阻力很大。（2）拔除时可先用适当宽度的直牙挺，插入牙的近中颊侧牙颈部与牙槽骨之间，轻微挺动。但挺动时多因牙槽骨不能耐受作为支点的压力，而不能使牙松动。如用力过猛，或牙挺过宽可造成邻牙松动。应特别注意。（3）然后用牙钳，尽力将钳喙压至牙颈部以上，使颊侧钳喙的突出尖端能插入两颊根的分叉处，然后紧握牙钳，勿使牙钳滑动。用侧力运动先向颊侧摆动，再向腭侧摆动。向颊侧摆动大些，腭侧摆动小些。待牙相当松动，再循阻力小的方向，向远中颊侧拔除（图 2-23）。

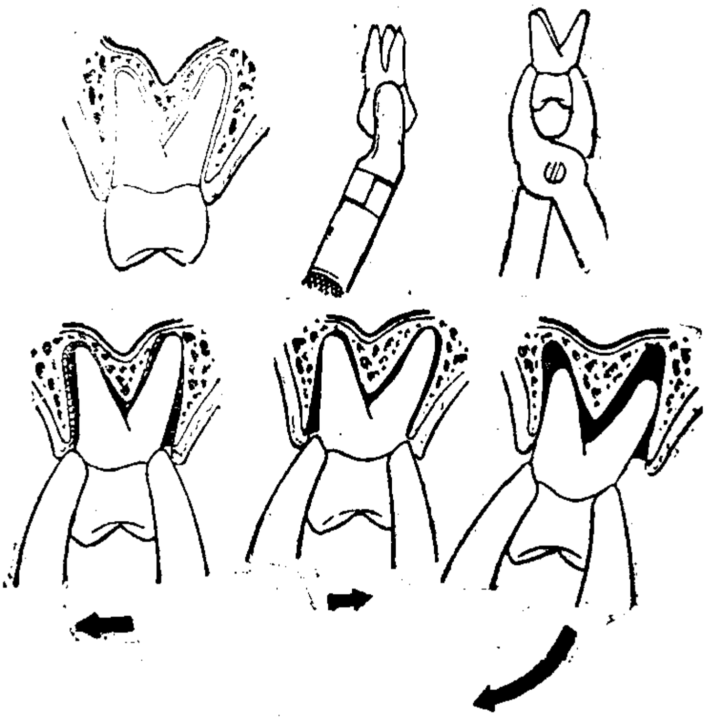


图 2-23　上颌第一二磨牙拔除术

（六）上颌第三磨牙拔除方法

（1）上颌第三磨牙是上颌磨牙中最小者。牙根数目变异很大，可能是单根或三根融合，也可能有 4～5 个根。牙冠多偏向颊侧，牙根多向远中弯曲。牙根位于上颌结节骨内，远中骨壁薄且较疏松。（2）先用直牙挺插入第三磨牙近中牙颈部，嘱患者将口合拢至只能伸入一个手指的大小，口角放松，术者再将牙挺移向后方，以左手食指放于第三磨牙的舌面，继续将牙挺深入找到支点。将第三磨牙向远中下方挺动。因患者口腔合拢，视线不清，术者只能

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

靠左手指来感觉牙的挺动方向及动度。（3）等牙挺松后，用刺枪式第三磨牙牙钳不难将牙拔出。

（七）下颌切牙拔除方法

（1）下颌中切牙及侧切牙，牙冠小，单根，细窄两侧扁平，唇侧骨壁很薄，而且骨质疏松。（2）钳喙的宽度不能大于牙冠的宽度。术者立于患者的右前方或右后方。左手食指及拇指协助捏紧钳喙，同时可将下唇压下，又可防止牙脱位时牙钳击伤对颌牙。牙钳先向唇侧摆动，然后微向舌侧摆动，待牙松动后再用旋力拔出(图2-24)

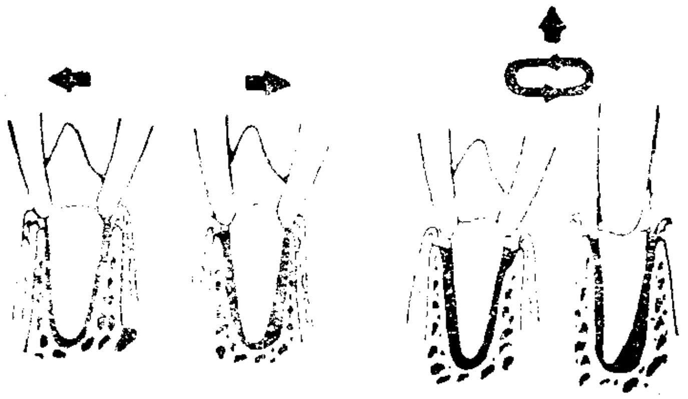


图2-24 下颌切牙拔除术

（八）下颌尖牙拔除方法

（1）下颌尖牙的解剖形态与上颌尖牙相似。根尖有时微向远中弯曲。（2）拔牙时先向唇侧摆动，后向舌侧摆动，待牙松动时可用旋力拔除。

（九）下颌第一双尖牙拔除方法

（1）下颌第一双尖牙多系单根，牙根较单尖牙细小而短，根尖有时弯曲，很少有分叉根。牙槽骨板颊舌侧厚度相同。但颊侧骨拔阻力较大。（2）拔牙时先向舌侧摆动，再向颊侧摆动，稍有松动用旋力拔出(图2-25)。

（十）下颌第二双尖牙拔除方法

（1）下颌第二双尖牙较第一双尖牙稍大，牙根稍长，牙根断面近乎圆形。（2）拔除方法与第一双尖牙同(图2-26)。

（十一）下颌磨牙拔除方法

（1）下颌第一二磨牙有发育良好的两个根，近中根及远中根。牙根扁平粗壮，第一磨牙又有远中舌根，一般甚小。第一磨牙牙根分叉较第二磨牙大。

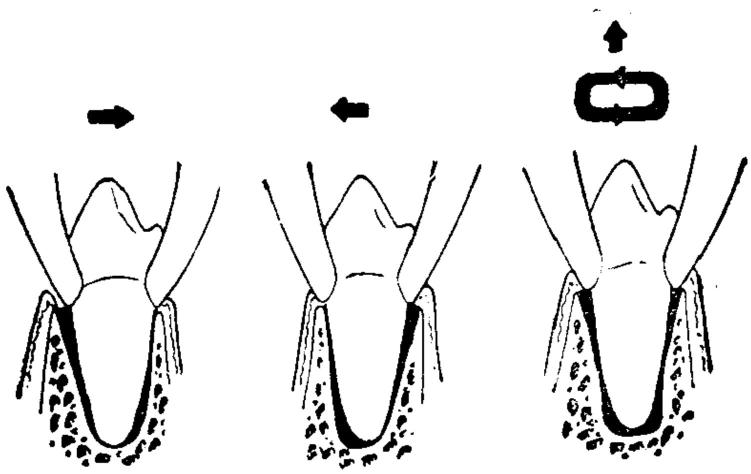


图 2-25　下颌第一双尖牙拔除术

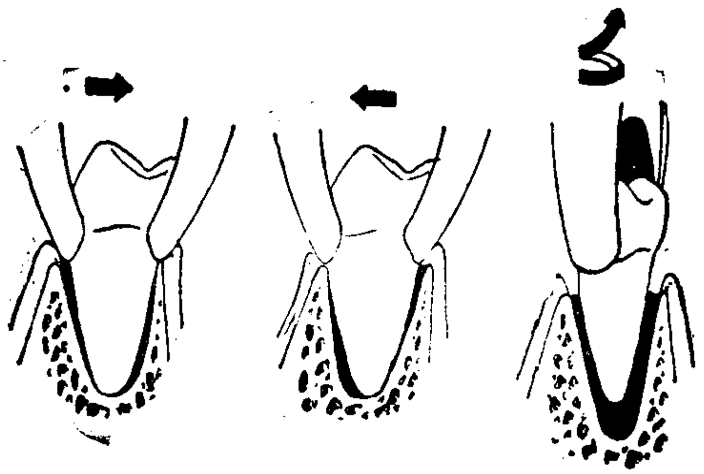


图 2-26　下颌第二双尖牙拔除术

此两牙根多向远中弯曲。牙槽骨壁均较坚实，致密，而厚。颊侧牙槽骨有外斜嵴越过，故较舌侧骨板厚。（2）牙钳为弯喙，两侧钳喙均有尖突。牙冠缺损比较多者可用牛角钳。握钳时使钳喙尖突插入根分叉，摆动时可先向舌侧摆动，再向颊侧，待牙松动自舌侧远中拔出（图 2-27，2-28）。

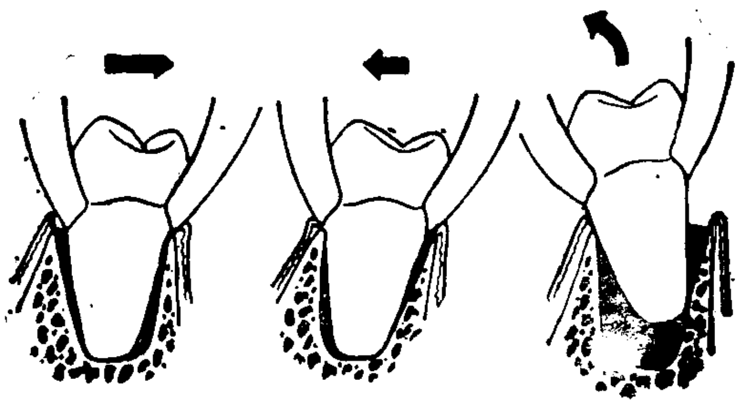


图 2-27　下颌第一二磨牙拔除术

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

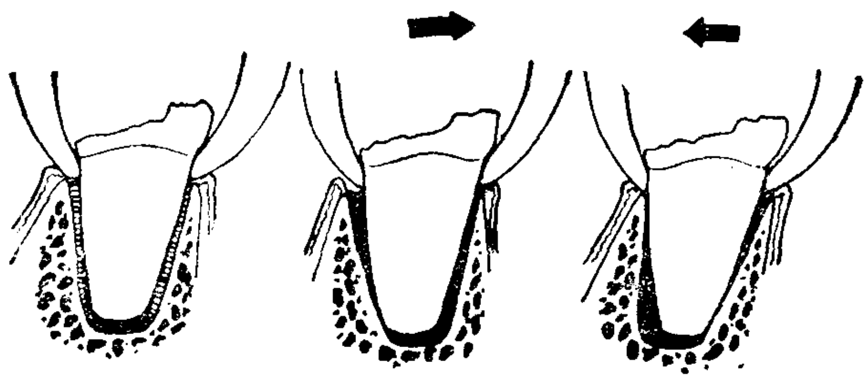


图 2-28 以牛角钳拔除下颌磨牙

二、断根拔除手术

（一）上颌多根牙，牙冠折断取根方法

（1）这种断根多发生在牙冠折裂或作过根管治疗的死髓牙，断根部位在牙颈部根分叉以下。多根尚未分离。用牙钳已不能钳牢，用牙挺因根尚未分开不能挺动。（2）拔除时首先应将多根分开。分根的方法是用骨凿或钻针按照根的解剖位置将根分开。先将断冠颊舌侧平分一半，以取腭根。再将颊侧断冠分为近远中一半，以取近远中颊根（图 2-29，2-30）。（3）断冠根据各根的解剖位置分开以后，以直牙挺插入各分裂线，扭转牙挺，使各根都有松动。（4）最后分别将各根挺出，或用根尖钳分别取出。（图 2-31，2-32）

（二）上颌多根牙，断根位于根分叉以上取根方法

（1）上颌多根牙，断根位于根分叉以上，各根已分开。（2）拔除时以

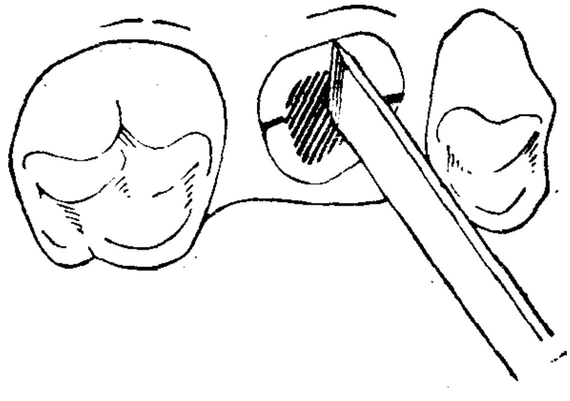


图 2-29 以骨凿分开舌根及颊近远中根

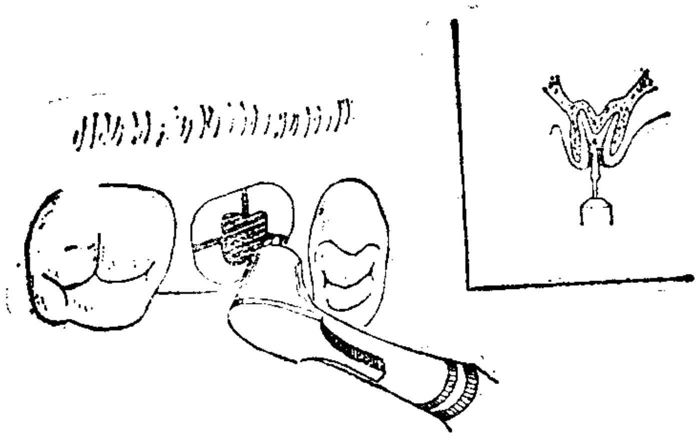


图 2-30　以钻针分开各根

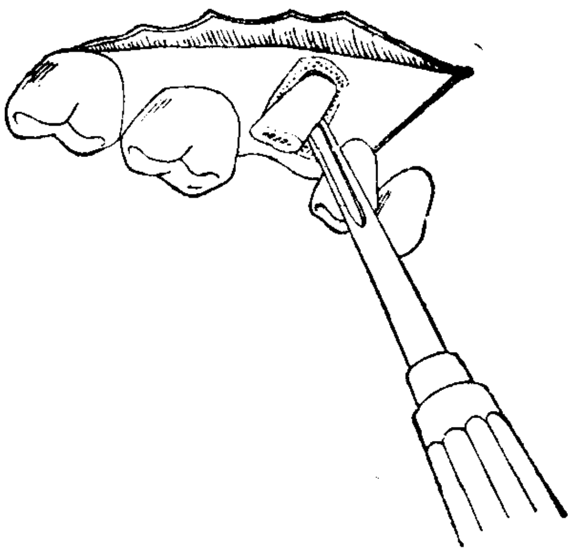


图 2-31　以牙挺插入分裂线松动各根

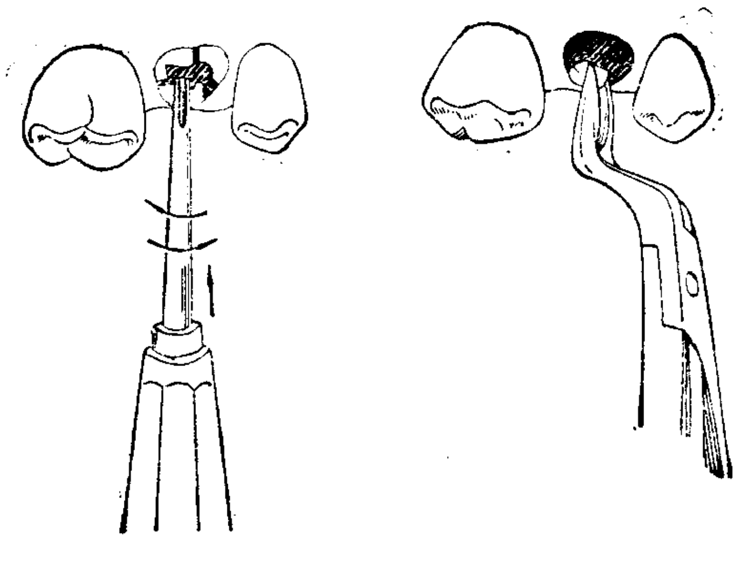


图 2-32　以根尖钳分别取出各根

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

较薄的直挺插入各根正中的牙槽中隔内，旋转牙挺，使各根松动，用根钳分别将各根取出。（8）松动各根时，如只有一根松动其他根均无松动时，先不要急着将松动的根取出，可继续利用此松动的根作支点，使各根均松动后再分别取根（2-33）。

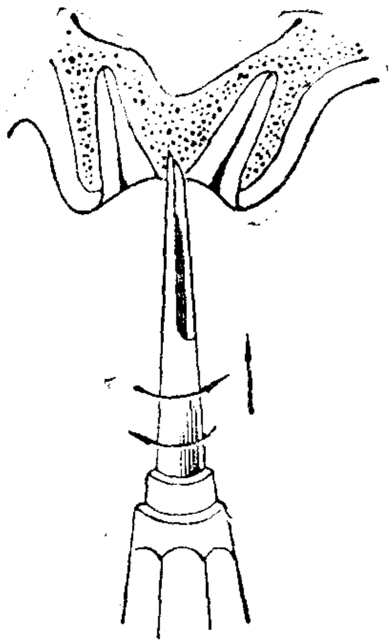


图 2-33
断根位于根分叉以上，
以根挺插入牙槽中隔取根

（三）上颌单根，断根与牙槽骨平齐的取根方法

（1）单个断根，断根的断面与牙槽骨平齐，使用牙钳，钳喙无处安放。使用牙挺插挺比较困难。（2）这类断根可先使用较薄的直挺，插入断根的唇颊侧及腭侧的牙槽骨与断根之间。插挺时不一定要求挺松残根，只需在残根的唇腭侧各挺出一个安放钳喙的间隙即可。（3）以残根钳两喙充当牙挺，安放在已挺出的间隙内，尽可能深入，安放好以后握紧根钳，不要松脱，以摇摆及旋扭的力量取出残根（图 2-34）。

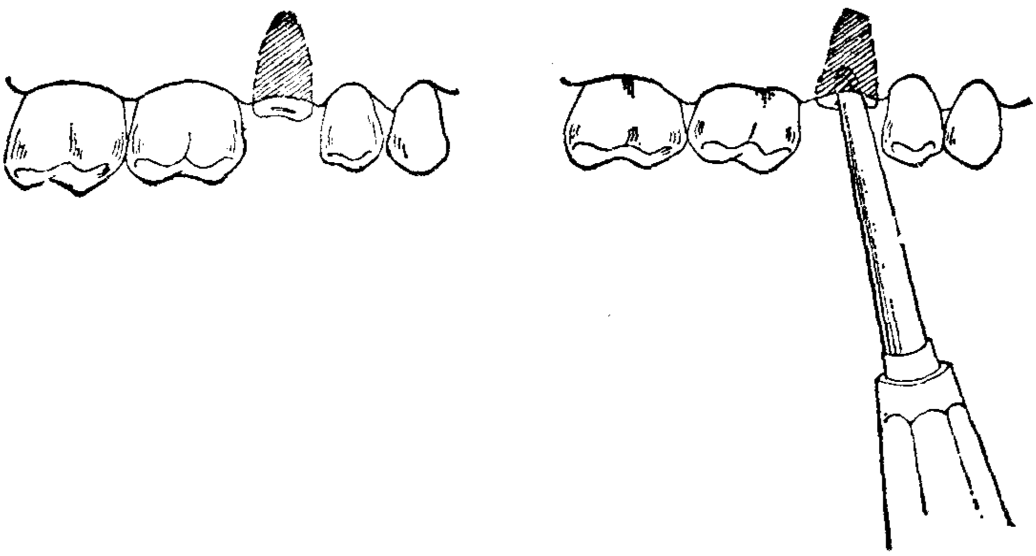


图 2-34① 上颌残根，先用牙挺，挺出安放根钳的位置

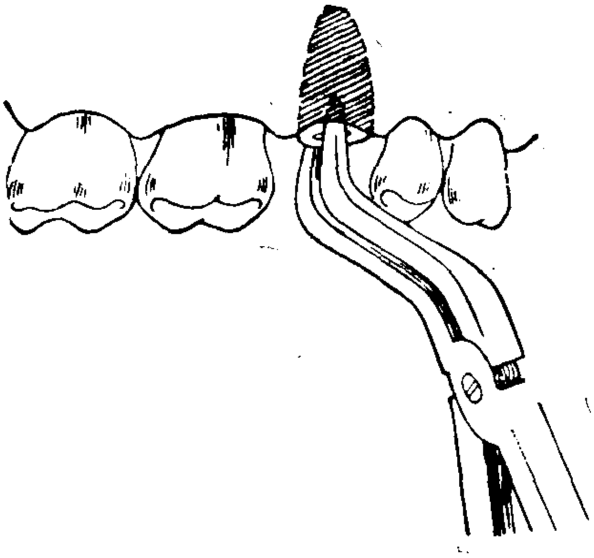


图 2-34②

根尖挺放于挺出的位置上取残根

（四）上颌牙断根于牙槽嵴以上的取根方法

（1）断根位于牙槽嵴以上，根钳完全不能发挥作用，只能用比较细的直挺挺出。（2）取根时首先要有良好的光照，及止血，使视野清楚，防止盲目的插挺。止血时应该用纱布的尖端用牙挺压入擦至根的断面。拉出纱布后立即插入根挺。如果是用棉花镊子压迫纱布止血，当拉出纱布换用牙挺时很可能牙槽窝又被血挡着了视线。（3）当有断根的牙拔下时，最好不要松开牙钳，在牙钳上检查断根的位置，长短，斜面的方向，这样可以节省许多在牙槽窝内检查断根的时间。（4）当看清断根的位置以后，再寻找断根断面的高面，插牙挺时应从高面插入。插牙挺时应用左手食指及拇指保护好牙槽窝的唇颊面及舌面，以防牙挺滑脱。不应左手持口镜作为拉钩。插牙挺应用边旋扭边推进的方法插入牙挺。（5）插入牙挺后将断根向断面低的方向挺动。即可将断根挺出（图2-35）。

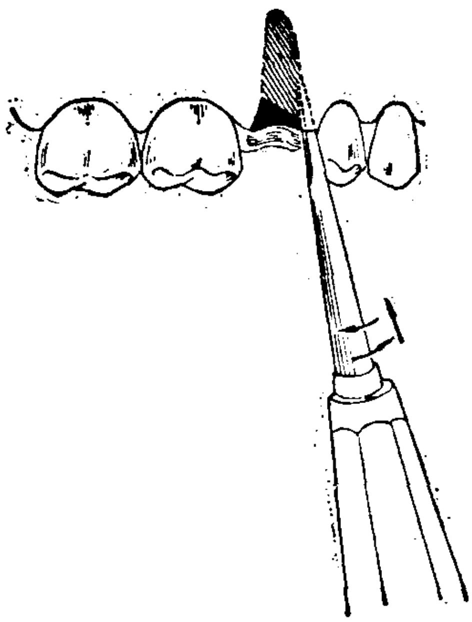


图 2-35①

以根挺嵌入残根断面高面

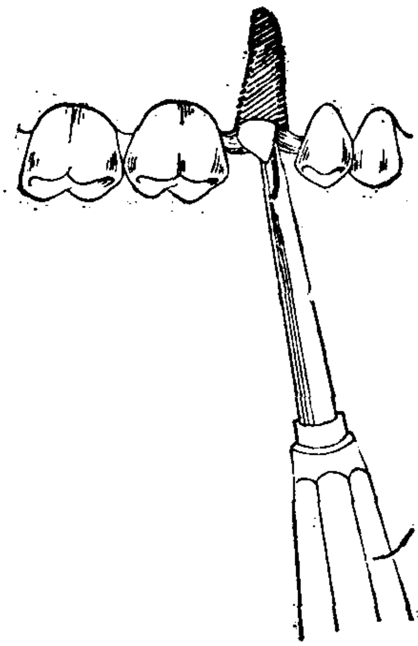


图 2-35②

以断根高面及牙槽骨作支点向低面挺出

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（6）如果断根的断面是平的，可用较细的根挺插入断根下方的骨壁内，如果插挺困难，可用锤轻轻击入骨壁，但在锤击以前必须仔细检查牙挺是否触及残根。特别离窦腔近的断根更应注意，以防将残根击入窦腔(图2-36)。

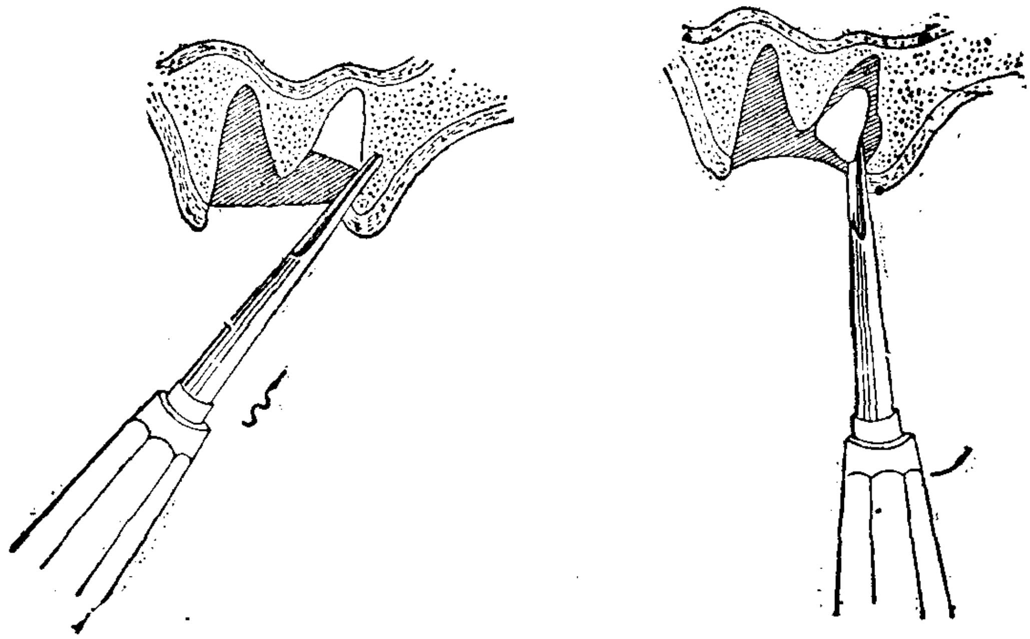


图 2-36　以根挺嵌入残根下方的骨壁

（五）上颌牙根尖折断拔除方法

（1）上颌牙根根尖折断拔除原则基本与牙槽嵴以上的方法相似。不过照明的要求更高一些，止血更要求彻底。取根器械应用直的根尖挺。（2）根尖有病变或有肉芽肿的牙，根尖折断取根时有时会落入骨腔，断根已非常松动，但很难取出。这种断根可用刮匙将肉芽组织刮净，并刮去一些根端的骨组织，然后用蚊式止血钳将断根取出。（3）上颌第三磨牙断根或根尖折断，因视线及部位的关系，只能利用反光镜来进行操作。由助手将光线射在反光镜上，再由反光镜射至牙槽窝内，术者由镜内看清残根的位置，反方向操作(图 2-37，2-38，2-39)。

（六）下颌多根牙，牙冠折断拔除方法

（1）下颌多根牙，牙冠折断牙根尚未分开。取根时首先亦应将根分开。（2）分根方法首先应先试用牛角钳，将牛角钳喙插入根分叉内，紧握牙钳，使钳喙深入根分叉，有时能将近远中根同时拔出，也有时能将近远中根分开。（3）如果用牛角钳无效时，可再应用破冠钳将牙根分开，或用骨凿将残冠近

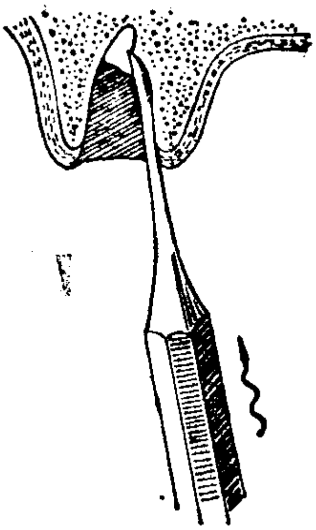


图 2-37
以根尖挺插入根尖
高面取根

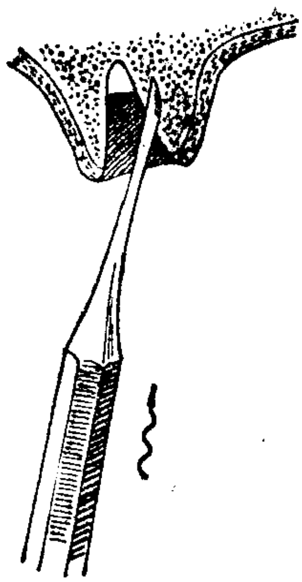


图 2-38
断面平的根尖，根尖挺
插于断面下方的骨壁

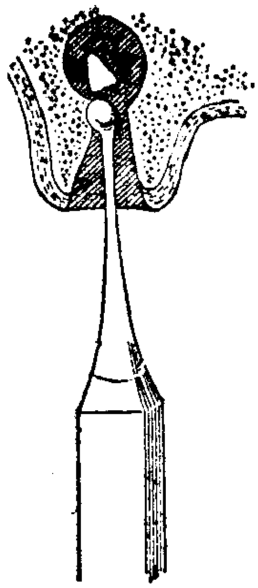


图 2-39
以刮匙取出落入骨
腔内的根尖

远中对半分开。也可用钻针由牙根分叉处分开(图 2-40，2-41)。（4）牙根分开以后，以直挺插入分裂线，反复旋动。挺喙朝远中根，以近中根作为支

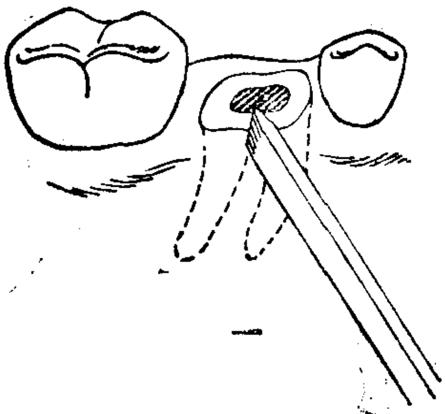


图 2-40　下颌残根以骨凿分根

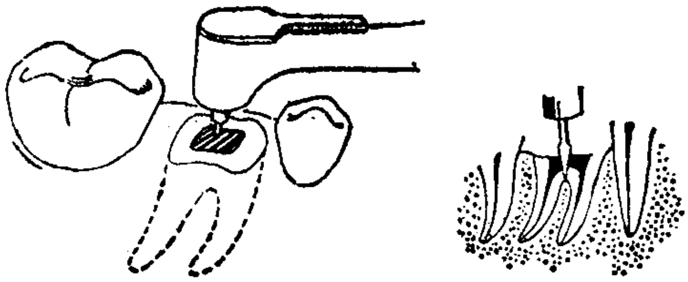


图 2-41　下颌残根以钻针分根

点，挺松远中根，但不要取出。再将挺喙转向近中根，以远中根作支点，挺松近中根。（5）等两根都松动以后，仍用直挺先挺出远中根，然后再用三角挺取出近中根(图 2-42，2-43)。

（七）下颌多根牙，断根于根分叉以下拔除方法

（1）下颌多根牙断根于根分叉以下，近远中根已分开。应先检查两根是否高低相齐，如果两根并不相齐应先取出断面高的亦即长的一根。方法是以三角挺插入短的一根的牙槽窝，向长根旋转使暴露的一部分牙槽中隔与长的

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

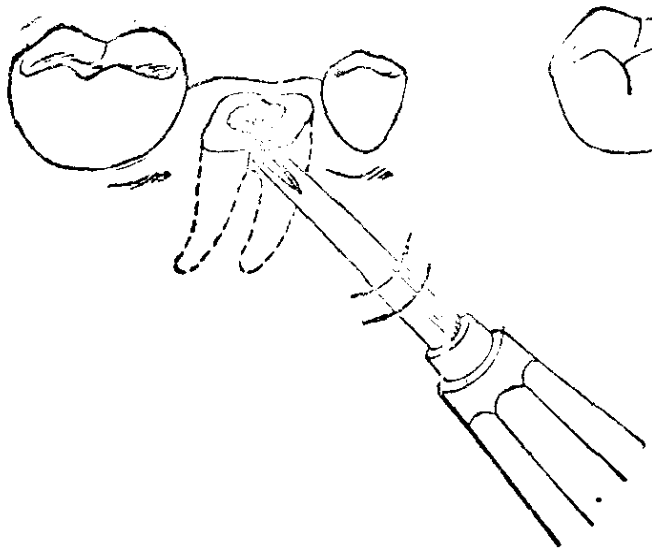


图 2-42
下颌断根，以直挺插入分裂线

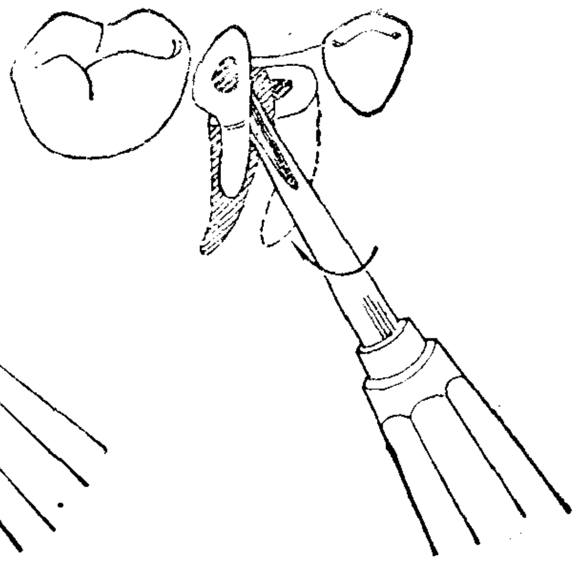


图 2-43
下颌断根，先挺出远中根

一个断根一起取出。然后再以三角挺深深的插入此牙槽窝，将残留的牙槽中隔及短的断根一起取出(图 2-44,2-45)。 （2）如果两根长短相齐，可先

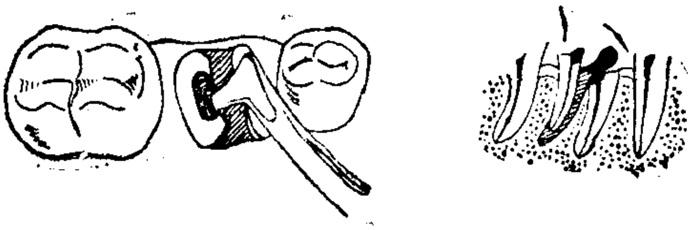


图 2-44 以三角挺先取出较长的断根

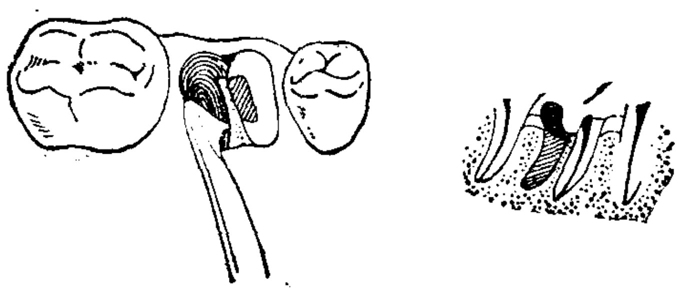


图2-45
以三角挺插入已取出断根的牙槽窝内取出另一根

用三角挺去除高出两根断面以上的牙槽中隔，然后以直挺插入中隔为三角挺制备一个空隙，再用三角挺插入此空隙取出其中一个断根，再换方向取出另一断根(图 2-46,2-47,2-48)。

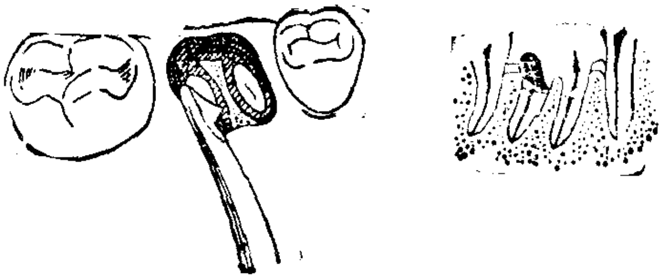


图 2-46

两断根相齐，先用三角挺去除两根之间的中隔

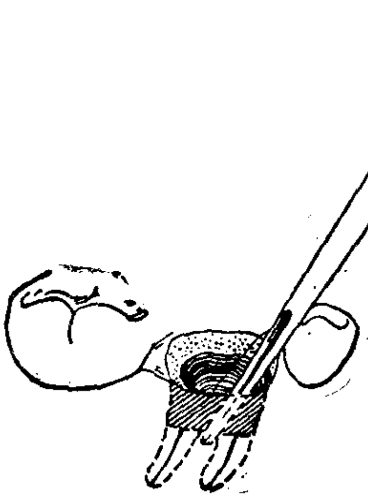


图 2-47

以直挺插入中隔，为插三角挺准备空隙

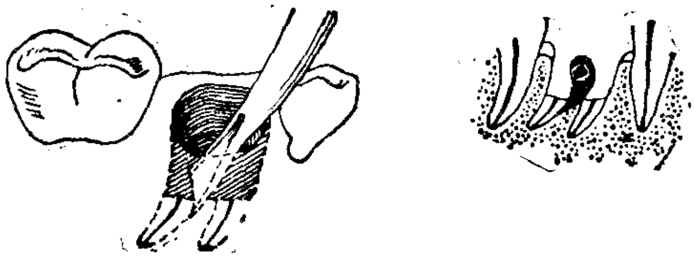


图 2-48

以三角挺插入中隔分别取出断根

(八) 下颌第一磨牙远中舌根折断拔除方法

（1）下颌第一磨牙有时有一细小的远中舌根，拔牙时常易折断，取根也比较困难。（2）拔除时应先用三角挺去除近远中根之间的牙槽中隔。再将三角挺插于已去除中隔的牙槽窝内。以颊侧骨板作为支点，去除远中颊根及远中舌根之间的中隔，连同此根一起取出（图 2-49，2-50）。

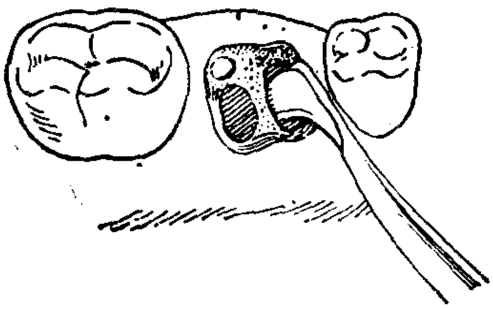


图 2-49

下颌第一磨牙远中舌根折断，先以三角挺去除牙槽中隔

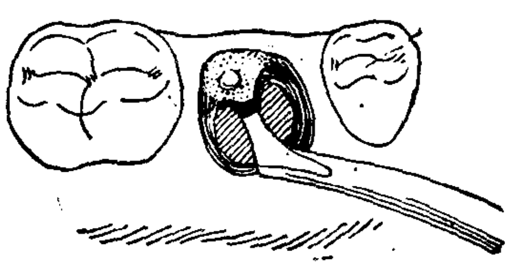


图 2-50

以三角挺取出远中舌根

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（九）下颌牙断根于根尖部拔除方法

（1）下颌牙根尖部断根，多数只有一个断根，也有时两个根都在根尖部折断。无论是一个根尖折断，或两个根尖同时折断，首先都应用三角挺将断根上方的牙槽中隔去除。如果去除中隔有困难时可以分次将中隔去除。先去除上部的中隔，三角挺再深入，再去除下部的牙槽中隔。（2）如只有一个断根，可用长喙的弯根尖挺，插入无断根的牙槽窝内。向有断根的方向转动。插弯挺时必须插至断根断面以下的深度，才能挺出断根。（3）如两根都在根尖部折断，也是先去除断端以上的中隔以后，用长喙的弯根尖挺分别取出断根（图2-51）。

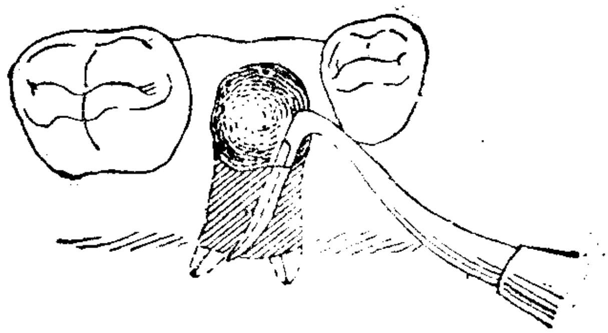


图 2-51
下颌根尖折断，去除牙槽中隔分别取出断根

（十）翻瓣取根手术

（1）翻瓣取根手术多用于比较牢固的残根拔除。或者在残根的唇颊侧牙槽嵴有明显悬突，拔牙以后必须作牙槽修整者。（2）切口作“L”形切口，纵切口在近中，距离断根牙槽窝近中至少半个牙的距离以外，长度超过根尖的长度即可。横切口沿牙缘剥离，至远中半个邻牙以上的距离。（3）翻开龈瓣，凿去唇颊侧骨板，用直牙挺挺出残根，磨平尖锐的骨缘。（4）龈瓣复位，纵切口间断缝合，横切口作牙龈乳头缝合（图 2-52、2-53，2-54，2-55）。

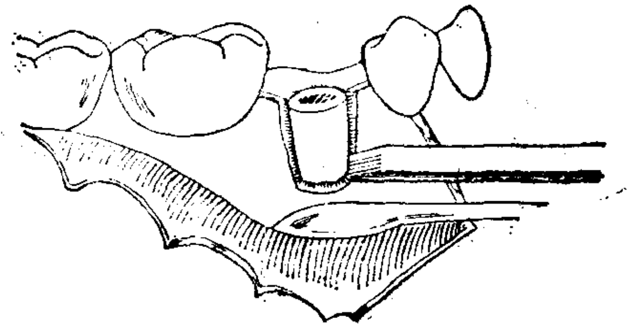


图 2-52 断根翻瓣取根法，凿去颊侧骨板

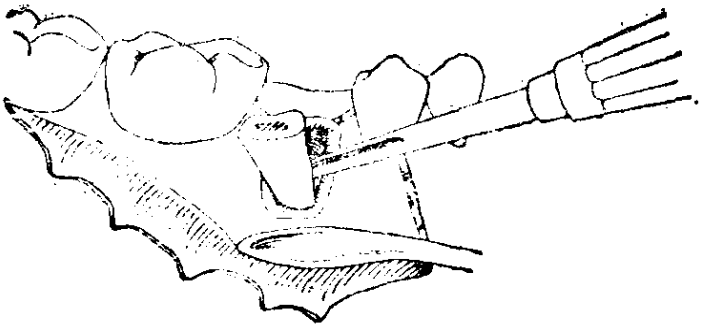


图-53 挺出残根

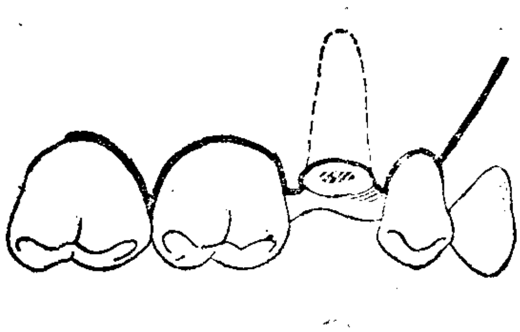


图 2-54
上颌断根翻瓣取根法切口

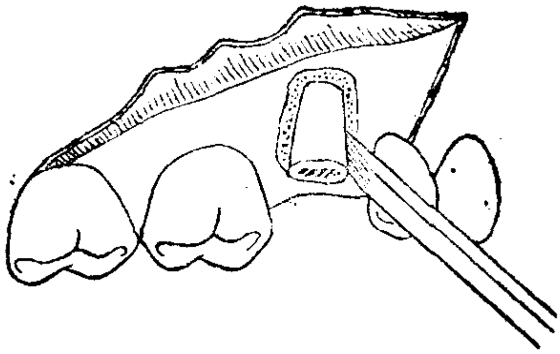


图 2-55
上颌断根翻瓣取根法凿去颊侧骨板

（十一）拔牙创口的处理

（1）拔牙后，以刮匙刮去根尖部及牙龈上的肉芽组织，清除创口内的牙残片。如有漏管用刮匙刮去漏管壁的上皮组织及肉芽组织。（2）检查牙槽骨壁及牙槽中隔，过于突出，锐利的骨嵴应用骨钳剪平。游离的小骨片应取下锐缘修平。（3）牙龈如有撕裂，应缝合之。（4）用拇指及食指隔着消毒纱布将膨大的牙槽窝捏小，使其复原位。（5）伤口上盖以纱布团，嘱患者咬紧，30 分钟以后嘱患者吐出或取下纱布团，24 小时内勿含漱，以免破坏血块。

［手术应注意事项］

（1）拔牙手术在摆动时，应该有力，但又要轻柔，虽然术者用很大的力量握钳及摆动，但不使病员感到很大的震动。术者不应左手持口镜，右手持牙钳进行拔牙手术。应该充分发挥左手的作用。应在洗手消毒以后，右手持牙钳就位后，左手拇指捏紧唇颊侧的钳喙，食指捏紧腭舌侧的钳喙，这样左手拇指可以协助拉开唇颊部。起拉钩或口镜的作用。两手指捏紧钳喙可以协助右手

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

摆动牙钳，可以感觉钳喙是否在牙颈部滑动，还可以防止牙一旦脱位牙钳损伤对颌牙齿。（2）在取根插牙挺时，牙挺很容易滑脱，而刺伤邻近牙龈或咽部。左手同样要起保护作用。避免左手持口镜拉开唇颊部右手插挺。应该放下口镜，再一次洗手消毒后食指捏紧牙槽嵴的唇颊侧，拇指捏紧腭舌侧，以防止牙挺滑脱损伤其他部位的软组织。（3）取根时牙槽窝的止血是非常重要的手术步骤，因为只有很好的止血，才能视线清楚。止血时术者不要一手持口镜，一手持镊子。而是应该左手持纱布，右手持选好的牙挺。左手持纱布的尖端一角，以牙挺塞入牙槽窝，压迫至断根的断面上，加压擦血。拉开纱布后，看清根的位置，立即插挺。（4）下颌根尖折断，由于下颌骨的解剖形态是下颌骨下缘向外偏斜，下颌磨牙多向舌侧偏斜，因此根尖部往往在牙冠长轴的颊侧。因此在取折断的根尖时必须沿颊侧骨板向颊侧下方探查，才能找到断根（图 2-56）。

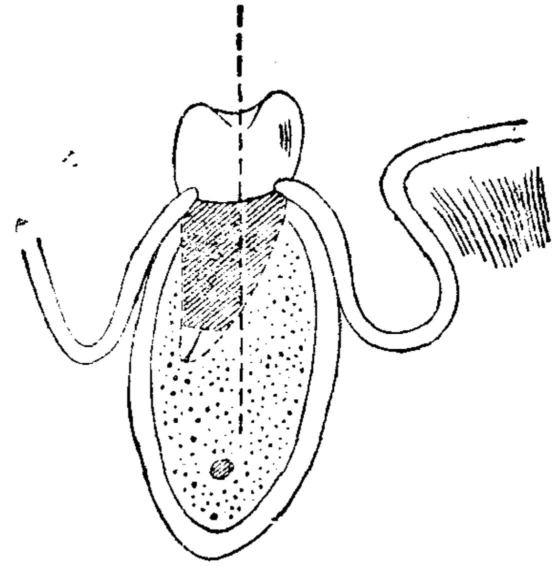


图 2-56

下颌磨牙根尖的实际位置多在牙冠长轴的颊侧

第三节　阻生牙手术

一、阻生下颌第三磨牙手术

（一）龈瓣切除手术

［适应症］

（1）龈瓣切除手术只适用于垂直位的阻生牙。（2）第三磨牙远中骨板的高度必须在牙颈部或牙颈部以下者。咬殆面上有少量牙龈覆盖者。（3）第三磨牙远中面与下颌支前缘有一定的距离，能容纳牙龈的厚度者。

（4）第三磨牙与上颌第三磨牙有咬𬌗关系，或在萌出期间估计即可有正常咬𬌗关系者。

［手术方法］

（1）在第三磨牙远中覆盖的牙龈上向远中作三角形切口。（2）将三角形切口内的牙龈连同覆盖的龈瓣切除。（3）将三角形的两边拉拢缝合，由于缝合的张力使牙龈的高度降至牙颈部。（4）如果缝合后牙龈的高度仍在牙颈部以上，这样牙周袋依然存在，冠周炎仍会复发，此时应将三角形的两边再切除一些组织，拉拢缝合(图 2-57)。

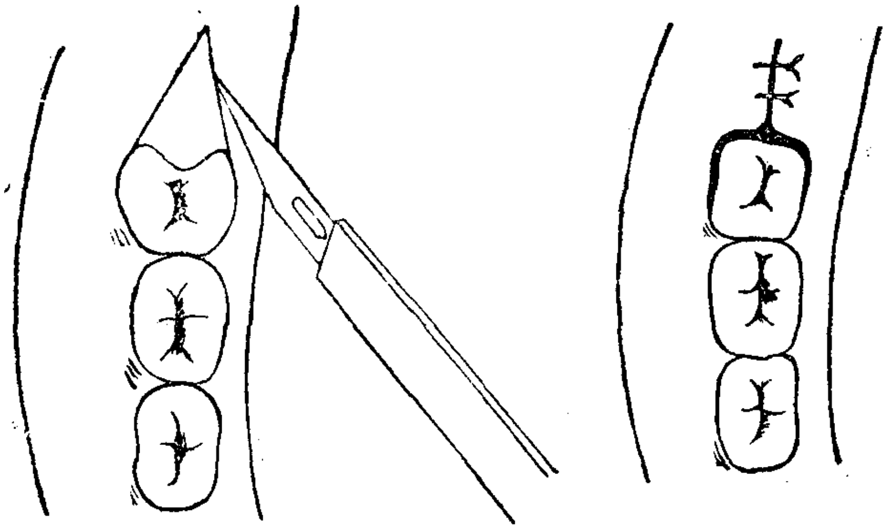


图 2-57　下颌第三磨牙牙龈切除手术

（二）阻生下颌第三磨牙拔除手术

［适应症］

（1）阻生牙倾斜，近中尖抵于第二磨牙牙颈部，有可能第二磨牙远中龋者。（2）阻生牙冠周牙龈袋与口腔相通，有发生冠周炎可能，或已发生过冠周炎者。（3）阻生牙完全埋藏于骨组织内，从未发生过任何症状，可以缓拔，但为了防止继发囊肿或其他病变，亦可作预防性拔除。

［手术方法］

（1）切口：①远中切口：自第二磨牙远中颊侧，略偏向正中开始，向远中颊侧上方延伸，切口应位于磨牙后三角区正中，亦即在下颌骨内外斜嵴之间，因下颌升支前缘在磨牙后三角区已偏向颊侧，因此远中切口如沿第二，第三磨牙咬𬌗面正中向远中延伸，则此切口的实际位置已切至内斜嵴内侧的软组织，而切不到骨面。不但出血多，暴露骨面困难。远中切口多用于阻生牙已大

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

部萌出，不需要翻瓣者（图 2-58）。②远中切口再加附加切口：按前法作远中

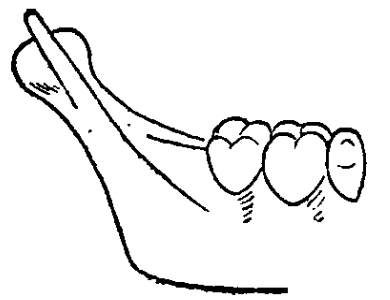


图 2-58①
远中切口在下颌骨上
的实际位置

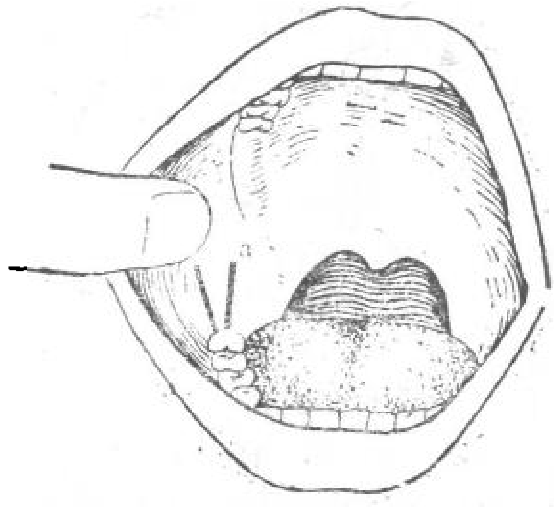


图 2-58②
a. 错误切口 b. 正确切口

切口以后，自此切口近中端将第二磨牙颊侧牙龈缘剥离，在第二第一磨牙之间，向下方与第一、二磨牙牙龈缘成 45° 角，向颊处作附加切口。此类切口用于较低位阻生，需要翻开牙龈瓣以暴露较多骨面者（图 2-59）。（2）凿骨

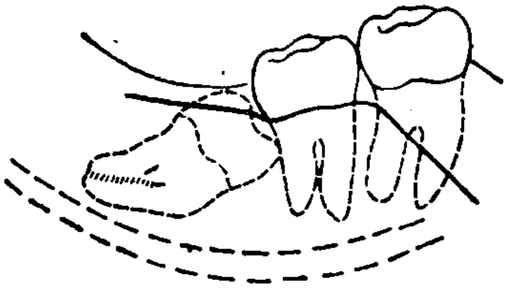


图 2-59①

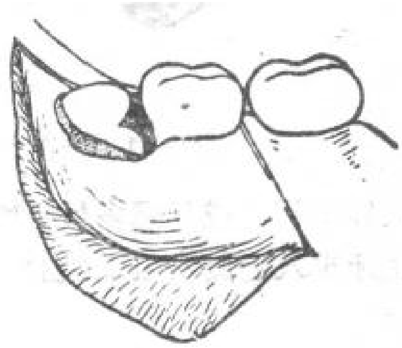


图 2-59②

阻生第三磨牙切口及翻瓣 ① 切口 ② 翻开粘骨膜瓣

板：①覆盖于第三磨牙牙冠上方的骨板必须凿去。②发育沟上覆盖的骨板亦应凿去以便劈开牙齿。③为了插牙挺能到达牙冠隆突以下，覆盖于牙冠隆突上方的骨组织亦应凿去。④凿骨时应在第二磨牙远中根的远中骨面上先凿出一条纵的裂痕，以免造成第二磨牙远中颊面骨板骨折而暴露了第二磨牙远中根。然后一层一层自近中向远中去除骨板。⑤覆盖骨板较多较厚时，可先以骨钻钻洞，然后沿所钻各洞，凿去骨板（图2-60，2-61）。（3）劈开牙齿：①劈开牙齿最好应用两侧斜面如斧头状的骨凿，可以减少卷刃，骨锤应采用金属骨锤。②骨凿必须放于发育沟的最深处，发育沟最易劈开的位置是在牙冠两

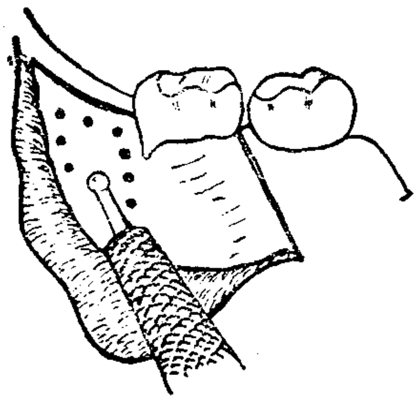


图 2-60
以骨钻钻洞，再凿去骨板

面相交的转角上，例如咬合面及颊面相交的转角上。③不应将凿刃的全部宽度全部放于发育沟上，因凿刃是直线，发育沟是曲线，这样就不可能将凿刃放于沟的最深处，只需将凿刃的一部份甚至一点，放于沟的深处即可劈开牙齿。④劈裂线是骨凿的延长线，因此在劈开前应仔细核对骨凿的角度，以便按计划劈开。⑤握锤时不要握得太紧，只须以拇指及食指捏着锤柄的下端，在锤击时能使锤自行弹回。⑥锤击时所用的力量应快而脆。最好一次劈开，多

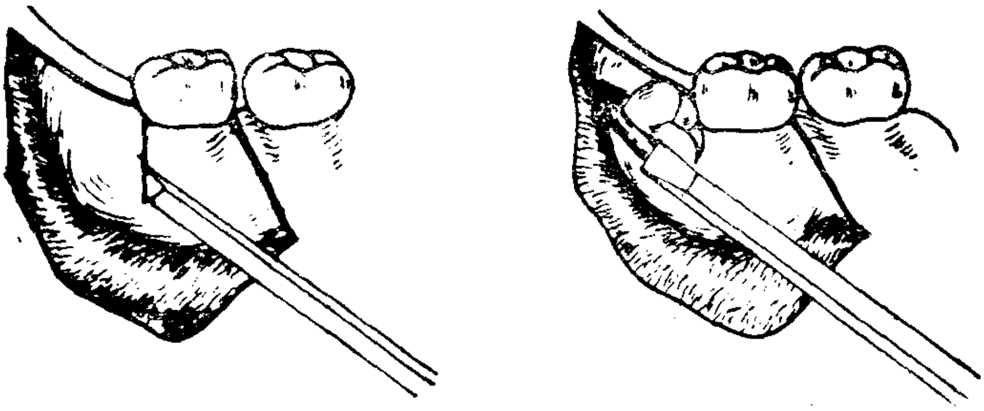


图 2-61　先在在第二磨牙远中凿一纵裂痕再凿去颊侧骨板

次锤击可造成牙冠多处折断。⑦锤击时不能用力过猛，以免造成骨折或将阻生牙击入舌侧软组织(图2-62)。⑧劈裂线可有以下几种:a. 劈开近中角:将

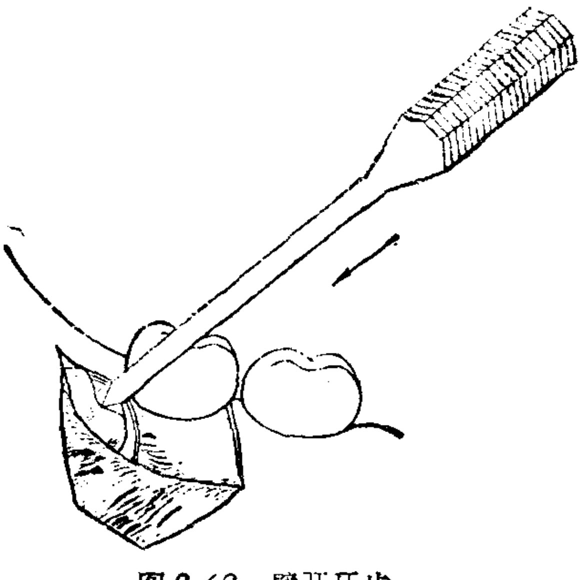
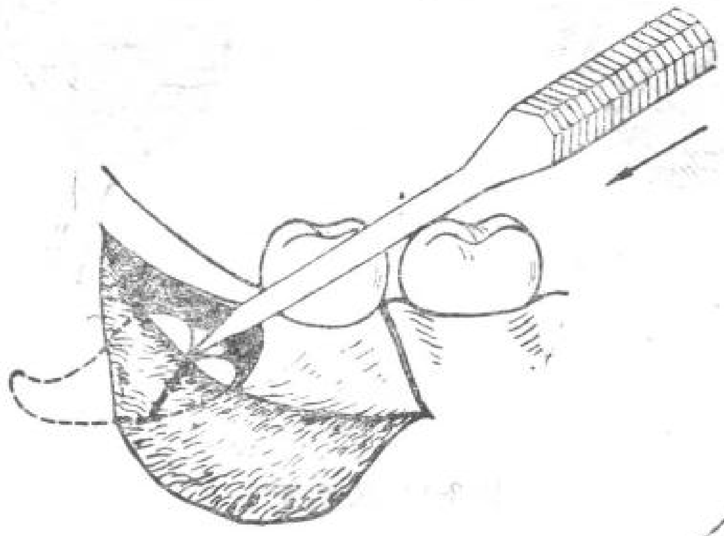


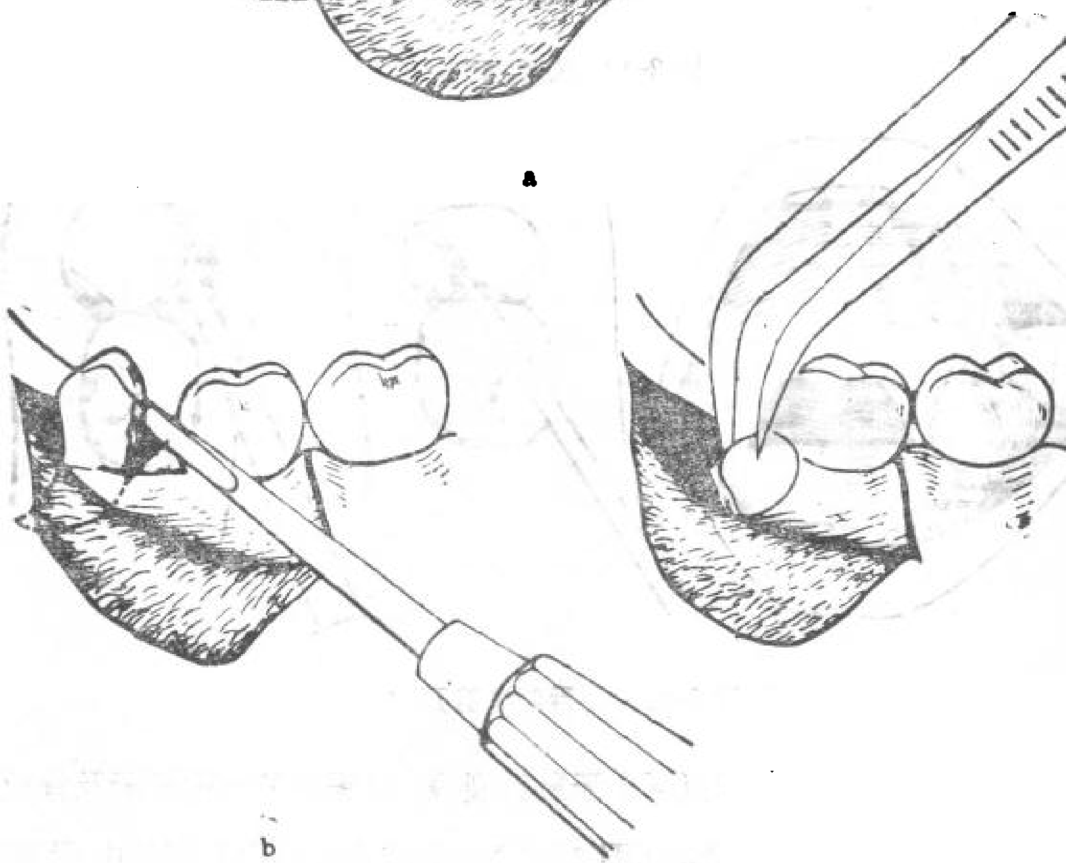
图 2-62　劈开牙齿

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

抵于第二磨牙远中的第三磨牙近中角劈开，以消除对第二磨牙的阻力。然后将牙挺插于劈裂线，挺出远中牙冠及全部牙根。适用于近中阻生，高位水平阻生，并为汇合根者(图 2-63)。b. 对半劈开:将牙冠对半劈开，牙挺插入劈裂



a



b

图 2-63　劈开近中角

线，先挺出远中一半牙冠及远中根，再挺出近中一半牙冠及近中根。适用于双根或多根的阻生牙(图 2-64)。c. 颊舌侧纵劈开:找到远中发育沟，将牙冠颊舌侧劈开，先取出舌侧一半牙冠，再将颊侧一半及牙根向舌侧上方挺动，适用于水平低位阻生(图2-65)。d. 劈开远中角:将牙冠远中角劈去，以消除远中骨板的阻力。适用于垂直或远中阻生(图 2-66)。(4)挺出阻生牙:①支

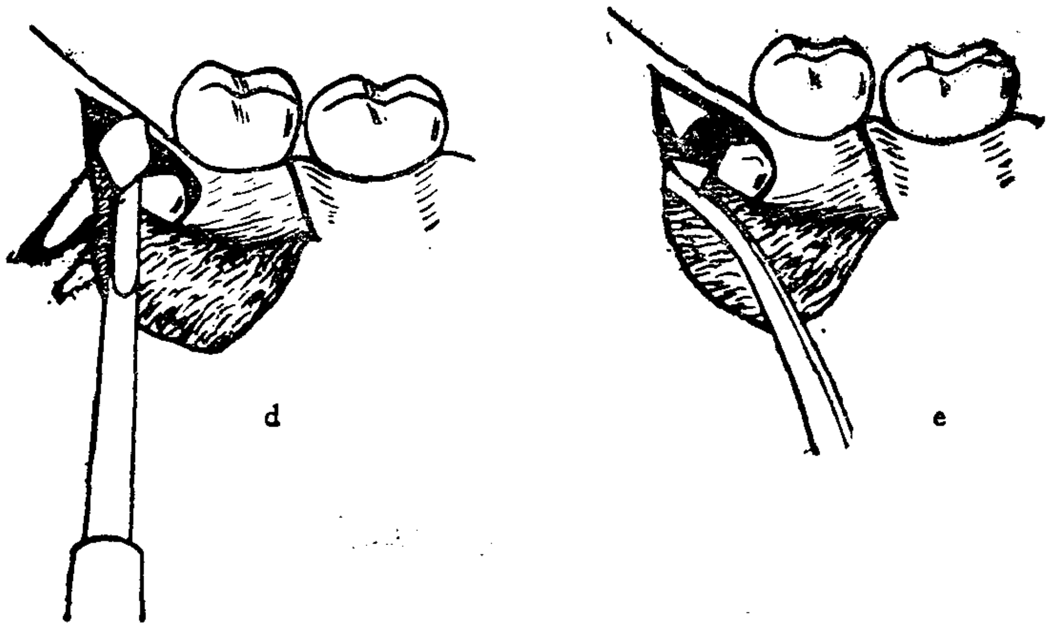


图 2-64 对半劈开

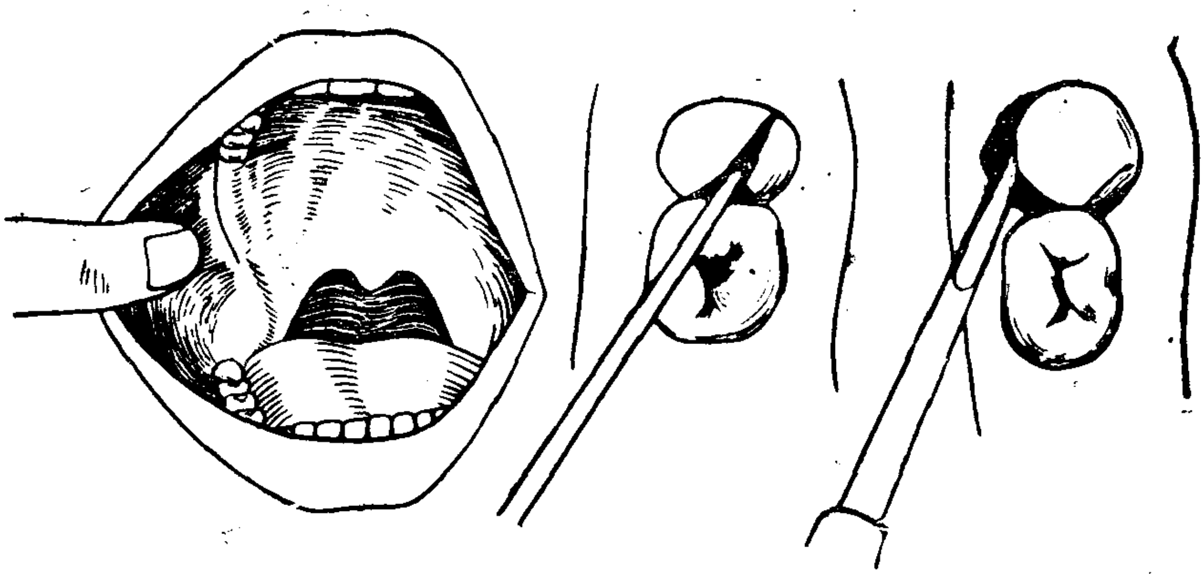


图 2-65 颊舌侧纵劈开

点放于阻生牙劈裂线上：将牙挺插于牙冠劈裂线，以劈裂的近中牙冠及骨板作为支点，将远中牙冠及牙根挺出（图 2-67）。②支点放于阻生牙近中骨板上：最常用的支点，此处骨板因有外斜嵴的厚度，作为支点比较牢固，利用此支点可将牙向远中上方挺出（图 2-68）。③支点放于舌侧骨板：舌侧骨板较薄，一般不宜作为支点，只适用于牙冠向舌侧倾斜的阻生牙（图 2-69）。（5）清理创口：①牙槽窝内的碎片，尤其是劈碎的牙冠碎片，应全部清除，应拼凑成完整的牙，以核对是否有牙片残留。②游离的碎骨片亦应仔细清除，较大块的舌侧骨板骨折，如骨折片尚与骨膜粘连，复位后不必取出，令其自行愈合。③锐利的骨锐角应用骨锉或骨钳将其磨平或剪平。（6）缝合创口；

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

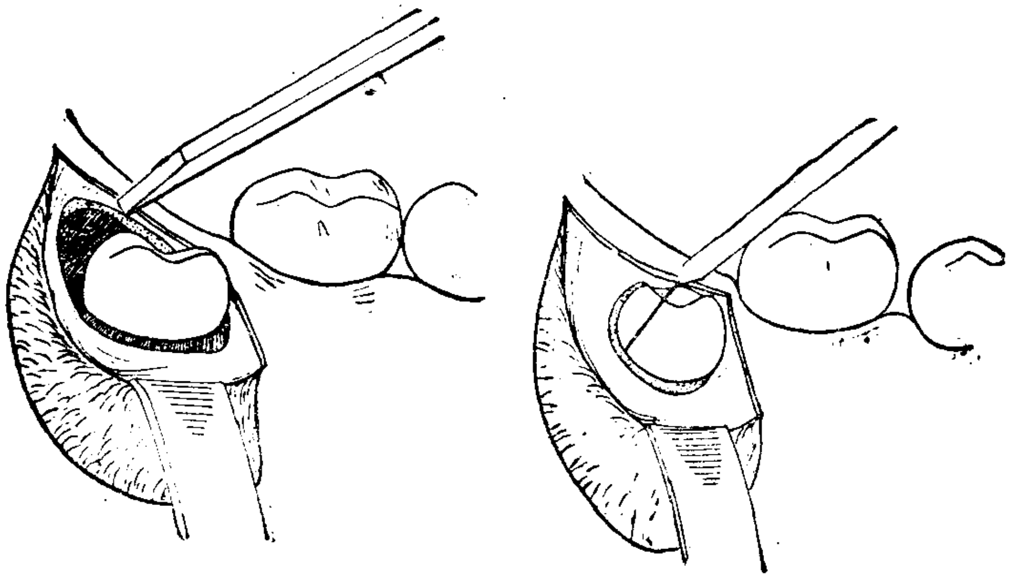


图 2-66　劈开远中角

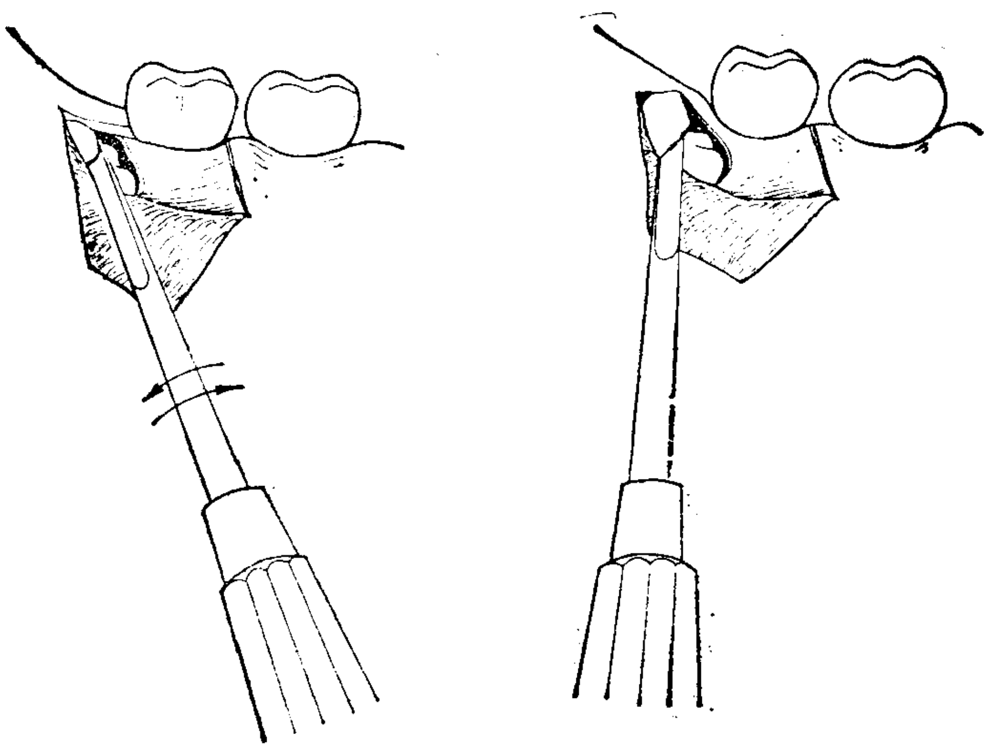


图 2-67　支点放于劈裂线上

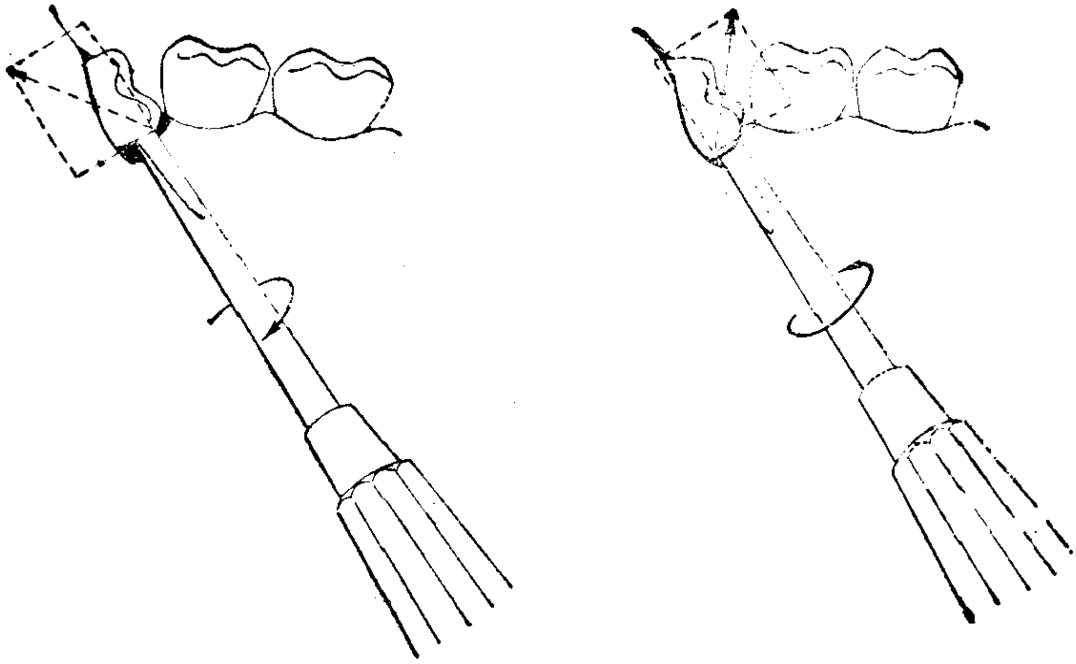


图 2-68　支点放于近中骨板

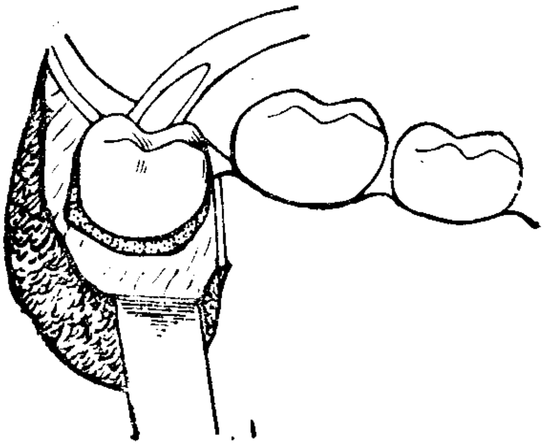


图 2-69　支点放于舌侧骨板

①未作切口或切口很小者可以不作缝合。但是如果伤口出血较多，经过压迫止血效果不佳者，仍以缝合伤口为妥。②较大的伤口，曾作翻瓣手术的伤口，或有牙龈撕裂的伤口，均应加以缝合。③患有冠周炎的伤口不宜缝合过紧，并应放置引流条。

（三）各类阻生第三磨牙手术方法

〔1〕垂直阻生手术方法

（1）垂直阻生由于取断根较其他各位为困难，故最好不要劈开牙冠以防断根。（2）垂直阻生其主要阻力在远中骨板，如果将远中骨板凿去一部

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

分,即可将牙自远中上方取出。（3）如果远中骨板与下颌支相连，凿骨困难,可将颊侧骨板凿至根分叉处,以三角挺尖端插入根分叉，以颊侧骨板作为支点,向舌侧挺动。（4）凿骨板确实有困难时，可将牙冠远中角劈去，将牙由远中上方挺出(图 2-70）。（5）垂直阻生向远中上方挺动时，有时牙

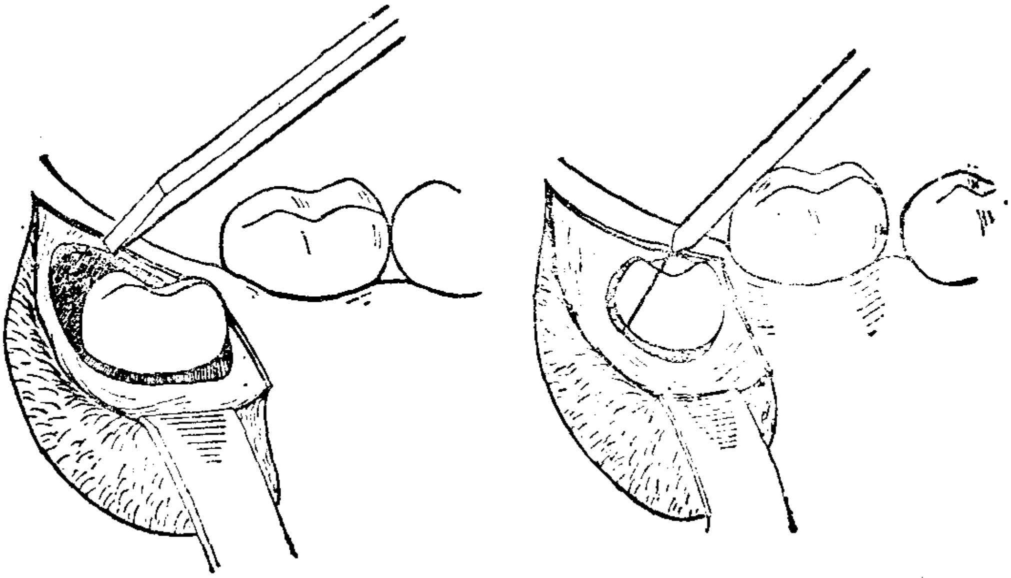


图 2-70　垂直阻生拔除方法

冠在牙颈处折断。断根与牙槽嵴相平,或略低于牙槽嵴。插牙挺困难,此时必须将颊侧骨板凿至根分叉以下，以三角挺插入根分叉，将断根向舌侧挺出。（6）垂直颊位阻生,是指垂直阻生，而牙的位置偏于第二磨牙颊侧，此类阻生牙是易发生冠周炎的阻生牙。切口应尽量偏于颊侧。挺动时只能向远中上方挺动。避免向舌侧挺动,以免挺松第二磨牙。

〔2〕近中阻生手术方法

（1)近中阻生汇合根：可将阻生牙牙冠的近中角劈去，以消除其对第二磨牙的阻力。以牙挺插入劈裂线,分离劈开的近中角。再以分离的近中角作为支点,将远中牙冠及牙根向远中上方及舌侧挺出。最后勿忘将隐藏于第二磨牙远中牙颈部以下的近中角取出(图 2-71）。（2）近中阻生分叉根；可将阻生牙对半劈开,以劈裂线作为支点,先取出远中一半牙冠及根，再以颊侧骨板作支点,取出近中一半牙冠及牙根(图 2-72）。（3）近中阻生牙冠折断：将牙挺颊侧骨板与残根之间,以颊侧骨板作为支点,将断根向舌侧上方挺出。如插牙挺有困难，可将牙挺插至颊侧骨板与断根之间，以骨锤轻轻锤击牙挺,直至获得支点。

〔3〕水平阻生手术方法

（1）水平高位阻生　a。如能找到颊沟,可以按照近中阻生的手术方法

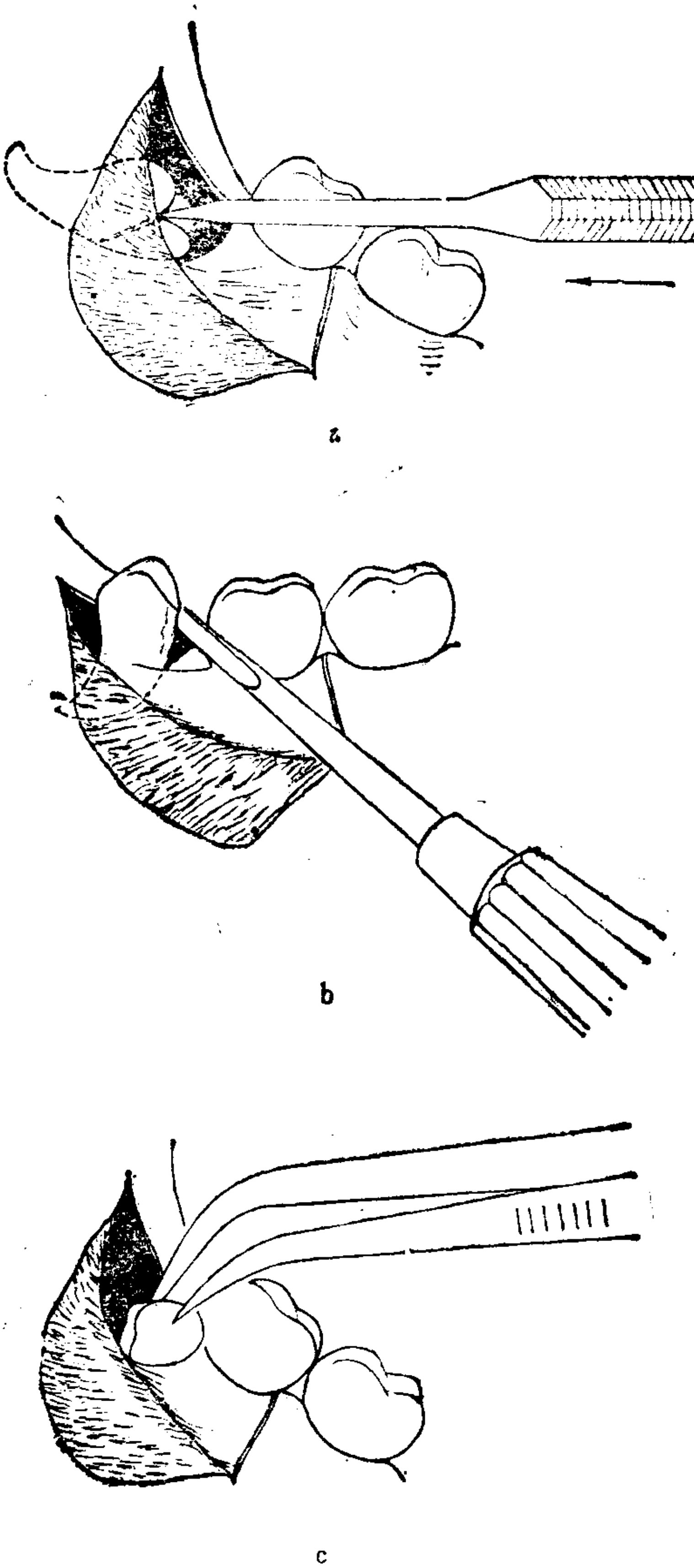


图 2-71　近中阻生手术

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

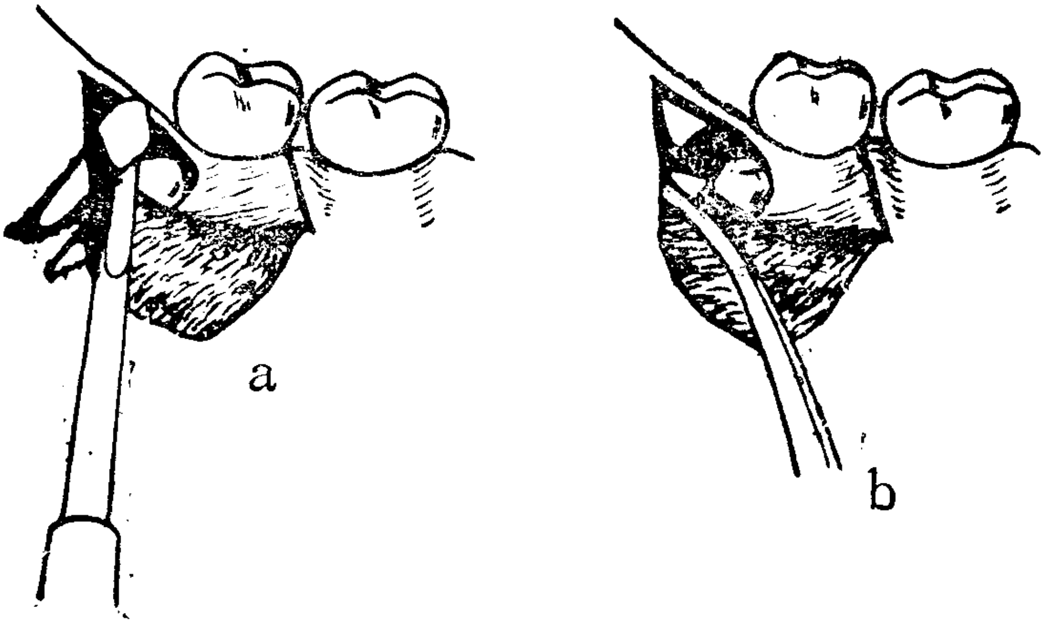


图 2-72　近中阻生分叉根拔除方法

劈开近中角，先挺出远中牙冠及根，再取出近中牙冠。b. 如颊沟暴露困难，或需要凿去大量骨板才能暴露颊沟，可利用远中沟的远中端将牙冠颊舌侧劈开，先取出舌侧牙冠，再将颊侧牙冠及根向舌侧上方挺出。c. 水平正位阻生：是指阻生牙的位置，在第二磨牙的同一行列上，这类阻生牙对第二磨牙的阻力最大。最大的阻力在于阻生牙的近中尖与第二磨牙。计算阻力的大小可在X线片上以阻生牙根尖为圆心，以近中尖为半径，画半圆，圆周切去第二磨牙远中牙冠越多，表示阻力越大。这类阻生牙单单去除大量骨板，并不能消除阻力。必须将近中角，或将全部牙冠切断才能消除对第二磨牙的阻力。或者先劈开颊舌侧牙冠，取出舌侧一半，再继续劈断颊侧牙冠，使牙冠全部折断，再取根(图2-73)d. 水平颊位阻生：这类阻生牙的位置是在第二磨牙的颊侧。

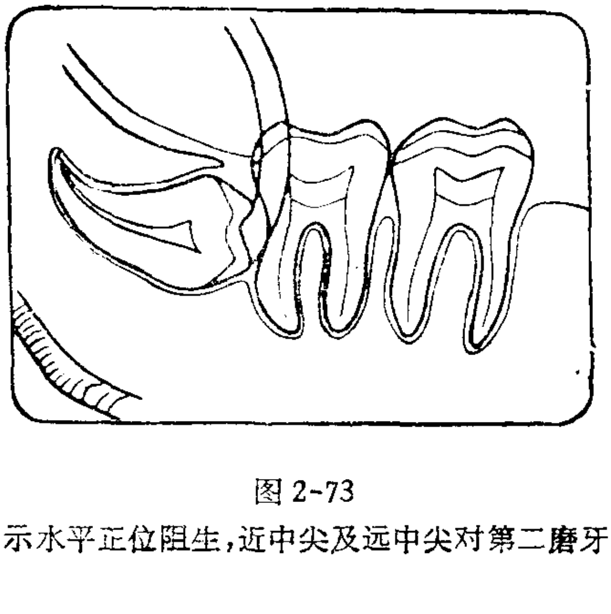


图 2-73

X线简图，示水平正位阻生，近中尖及远中尖对第二磨牙的阻力

这类阻生牙虽然在X线片上与第二磨牙重叠很多，但对第二磨牙的阻力并不及水平正位阻力大，切口应尽量偏向颊侧。凿骨板亦应偏向第二磨牙的颊侧。劈冠时应将与第二磨牙重叠部份劈去。挺动时只能向远中上方挺动。避免向舌侧挺动。否则即能造成第二磨牙松动甚至脱臼。e. 水平颊舌位阻生：这类阻生牙的位置在第二磨牙颊侧，但牙冠的方向又偏向舌侧。阻力是阻生牙的咬殆面与第二磨牙远中颊面相接触。劈冠方法是将牙冠颊舌对半劈开，先取出舌侧一半，再将颊侧一半及牙根向远中上方挺出(图2-74)。

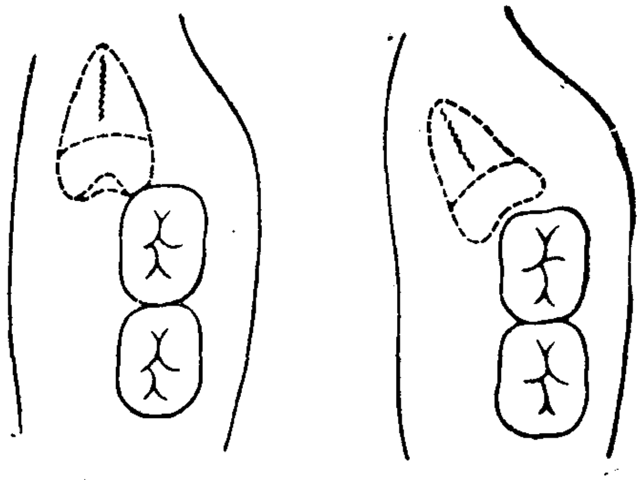


图2-74　水平颊位及颊舌位阻生

〔4〕远中阻生手术方法

（1）远中阻生主要阻力是远中骨板或下颌支。（2）如系汇合根，断根机会较少，可将远中牙冠劈去以消除阻力。将牙向远中上方挺出。（3）如系多根或分叉根，断根机会多，而且取断根比较困难，故应耐心尽量去除远中骨板消除阻力后将牙向远中上方挺出。

〔5〕舌向位阻生手术方法

（1）这类阻生牙是指阻生牙的牙冠倒向舌侧，阻生牙的咬殆面由一层薄的舌侧骨板所覆盖，甚至阻生牙的咬合已穿出舌侧骨板。（2）手术时不应翻开颊侧龈瓣，亦不应凿去颊侧骨板，因为凿去颊侧骨板只能暴露阻生牙的牙根。不可能由颊侧拔除这类阻生牙。（3）这类阻生牙应偏向第二磨牙舌侧向远中作切口，翻开舌侧龈瓣。将牙挺自舌侧插入第二磨牙远中面与阻生牙近中面之间。将阻生牙自舌侧远中挺出(图2-75)。

〔6〕倒阻生手术方法

（1）这类阻生牙的近中尖可达第二磨牙远中根根尖以下，拔除时可能造成第二磨牙的损伤。（2）阻生牙拔除后第二磨牙远中根的远中骨板缺失，形成深的牙龈袋，而使第二磨牙牙根发炎，松动。这些可能性均应向患者

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

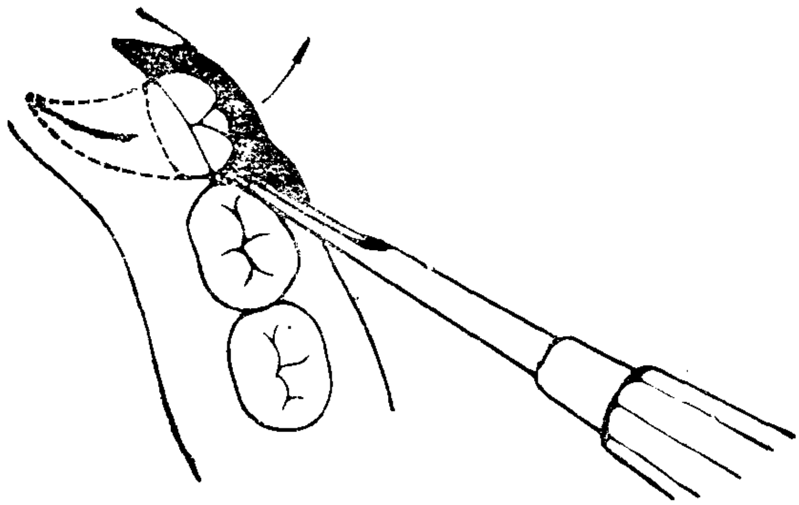


图 2-75 舌间位阻生手术方法

解释清楚。 （3）拔除时应尽可能凿除不损伤第二磨牙的骨板，以劈冠，钻针，磨片，将牙冠取下，然后再拔除断根。

（四）拔除下颌阻生第三磨牙时，发生特殊情况的处理

〔1〕垂直阻生牙冠折断

（1）垂直阻生由于下颌支向颊侧偏斜，阻生牙的牙冠多向舌侧倾斜，而牙根埋藏于有外斜嵴加厚的颊侧骨板内。因此将阻生牙向远中上方挺动时，常会遇到牙冠在牙颈部折断。牙根的断端与牙槽骨相齐，取根困难。 （2）取根时应凿去牙颈部的颊侧骨板，暴露根分叉，以三角挺插入根分叉，以颊侧骨板作支点，将断根向舌侧上方挺出。

〔2〕舌侧骨板折断，阻生牙落入舌侧软组织

（1）在劈冠时，由于用力不当，或者由于舌侧骨板过薄，舌侧骨板骨折，连同阻生牙一起落入舌侧口底软组织内。此时阻生牙的位置是在翼内肌的内侧，下颌舌骨肌的上方。 （2）遇到此种情况，应停止继续在原来的窝洞内探查，寻找，以免将牙推至更深更后的位置，增加了取出的困难。（3）向远中舌侧扩大切口，翻开舌侧龈瓣。（4）由助手协助将下颌前方的颌下软组织自口外向上推。这是一个非常重要的措施，一则可以防止阻生牙落入更深更后，另外可将阻生牙推至上前方，以便从拔牙创口取出阻生牙。 （5）术者以左手食指伸至咽部，不难扪到阻生牙，将其向上前方推至伤口处，右手持止血钳将阻生牙钳出。 （6）锉平舌侧骨板锐缘，缝合伤口。 （7）如阻生牙已被推至下颌舌骨肌下方，由皮肤可以扪到阻生牙，此时不可能由口腔内取出阻生牙。可将口内伤口缝合。准备切开颌下皮肤，切开颈阔肌及下

颌舌骨肌，由口外取出阻生牙。

〔3〕舌侧骨板穿洞残根落入舌侧软组织

（1）阻生牙的舌侧骨板很薄，有些阻生牙的根尖可穿出舌侧骨板，在取阻生牙断根时，有时可能将舌侧骨板穿洞将断根推入舌侧软组织，或翼下颌间隙。（2）遇到这种情况在取根时根尖挺有穿出骨板的感觉。突然有较多的血液自牙槽窝流出。原来尚能看到的断根难以看到了。（3）立即停止用根尖挺继续探找。因断根已穿出骨板的穿洞，不可能再穿过骨板的洞将其取出。探找的动作只会将断根推至更深的位置。而且此时出血较多探查困难。（4）向舌侧远中扩大切口翻开舌侧龈瓣。用骨钳咬去舌侧骨板直至与穿洞相通为止。（5）准备聚光灯，由助手自口外将颌下软组织上推。同时将断根推至上方。以聚光灯仔细寻找断根，一般在颌下上推的情况下不难找到断根。用镊子或止血钳将断根取出（图2-76）。

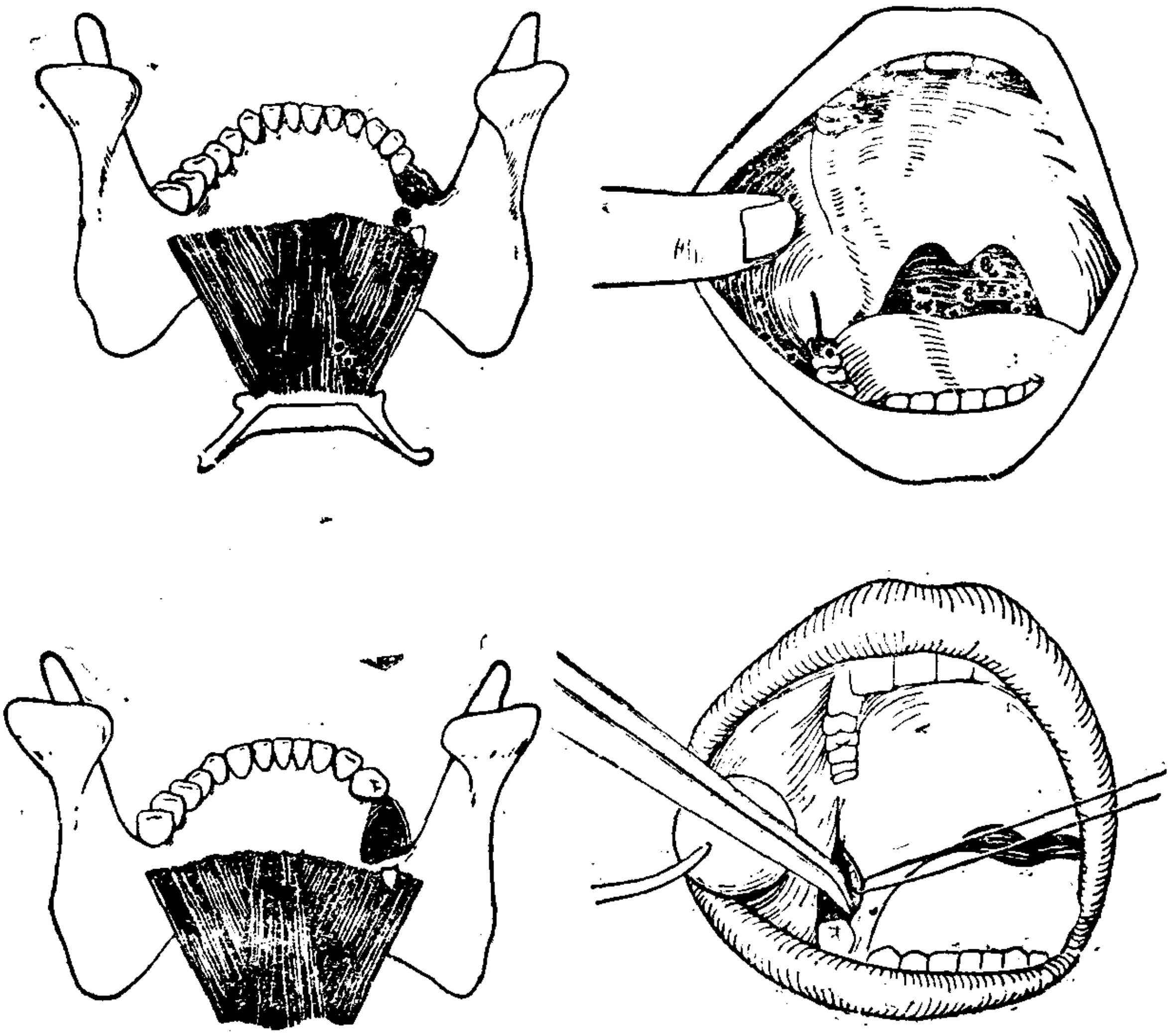


图2-76 断根落入舌侧软组织取根法

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

〔4〕劈牙或挺牙时，下颌骨骨折

（1）阻生第三磨牙的下颌角，是下颌骨骨折的好发部位。在劈牙或挺牙时用力过猛，有时可造成下颌角处骨折。（2）骨折时如阻生牙已很松动，可以继续将其拔除。如阻生牙并无松动，或松动很小，应暂缓拔除，因阻生牙对骨折的固定有好处，而且可以防止牙槽窝、口腔与骨折线直接贯通，可以减少继发感染的机会。（3）骨折应尽快作颌间结扎加以固定。因为拖延时间一旦张口受限发生后，结扎手术就比较困难了。

二、阻生上颌第三磨牙手术

（一）阻生上颌第三磨牙拔除手术

［适应症］

（1）凡是上颌第三磨牙阻生，或位置偏斜，由于食物嵌塞而导致第二磨牙龋齿，或发生冠周炎，均应早期拔除。（2）高位近中阻生，常会发生第二磨牙远中颊根或腭根的吸收，使第二磨牙发生牙髓炎或根尖炎症状。第二第三磨牙应同时拔除。

［手术方法］

（1）切口 ①自上颌结节正中后上方开始，向下前方延伸，到达第Ⅱ磨牙远中面。再沿第二磨牙颊侧将牙龈剥开或切开，到达第二磨牙与第一磨牙之间，切口转向上方颊沟，与第一磨牙牙龈缘成45°角。翻开龈瓣。②比较简单的阻生牙或牙冠已有部份暴露，可仅在上颌结节作切口，不需翻开龈瓣(图2-77)。（2）凿除骨板 ①上颌结节处骨组织比较疏松，凿骨板并不困难，但因阻生牙的位置与第二磨牙远中颊根的关系很密切，因此凿骨板时应注意防止损伤第二磨牙。②上颌结节骨疏松，凿骨时用力不当常会造成上颌结节骨折。对今后镶补托牙固位不利。③凿骨板时应注意骨凿是否在阻生牙的牙冠上，避免盲目的凿，以防将牙推入上颌窦。④凿骨时应先根据X线片上阻生牙的位置凿去颊面正中的骨板，首先暴露阻生牙颊面隆突，然后向前、后、上、下扩大直至牙冠全部或大部分暴露。⑤在向近中扩展时，只要暴露阻生牙颊面与近中面转角处的牙颈部，足以插入最薄的牙挺即够。以防凿去过

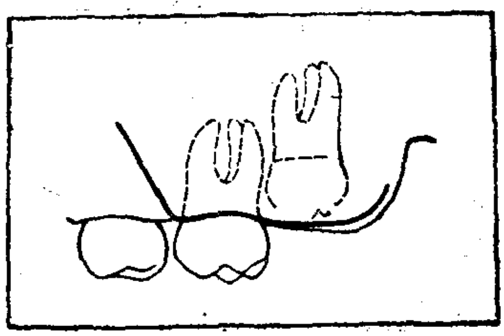


图2-77
阻生上颌第三磨牙切口

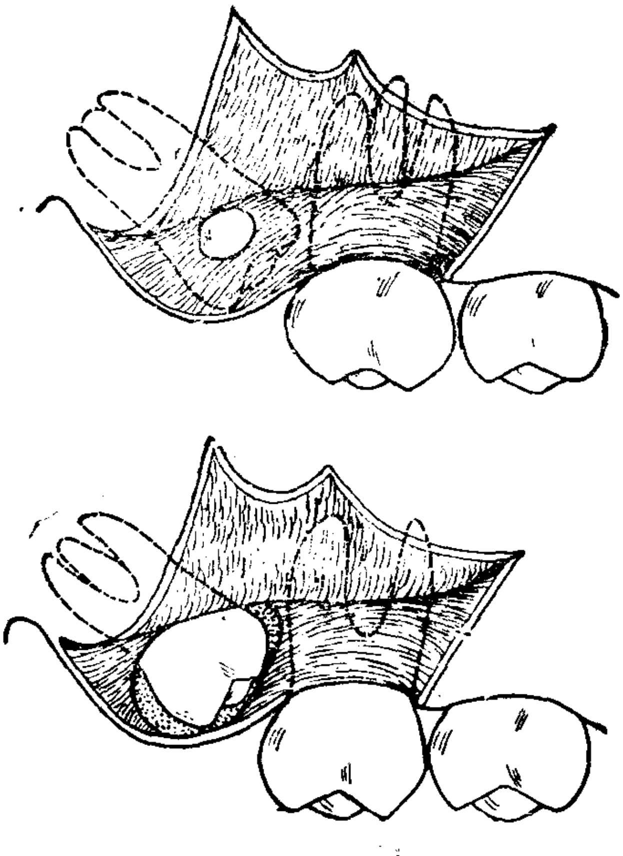


图 2-78　阻生上颌第三磨牙凿骨板

多骨板暴露第二磨牙远中颊根(图2-78)。　(3)挺出阻生牙　①将牙挺插于第二磨牙远中与阻生牙之间,牙挺的高度应在阻生牙近中牙颈部以上,否则挺牙时牙挺在牙隆突下滑动,没有支点使牙挺出。②插牙挺时应仔细核对位置是否正确,此时必须嘱患者张大口才能看得清,但当患者张大口时口角前移而且紧,牙挺的角度难以垂直骨面,使牙挺难以插入上述位置。正确的方法是先嘱患者张大口,核对插挺的位置,当牙挺的位置放准以后,即嘱患者合拢上下颌放松肌肉,使口角能向后牵拉。此时术者可将牙挺柄端后拉,尽量

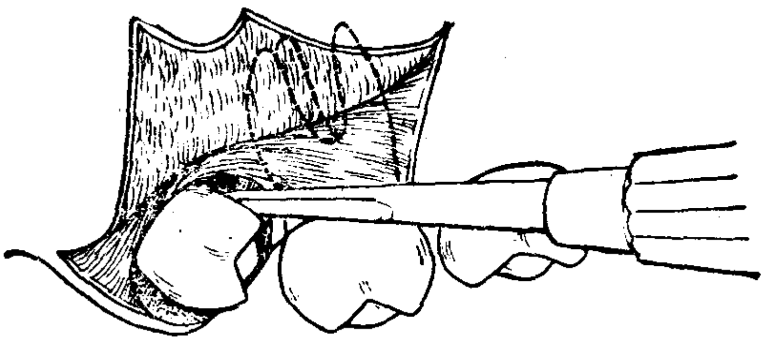


图 2-79　阻生上颌第三磨牙　挺出阻生牙

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

使牙挺垂直骨面，徐徐将牙挺插入。术者的视野全部消失，可以左手食指伸入阻生牙的腭侧，以感觉牙是否挺动，牙挺的位置是否正确，并能防止阻生牙脱臼时落入咽部(图2-79)。 （4）缝合龈瓣 ①上颌结节后方的切口缝合困难，可以不作缝合。第二磨牙近中的切口应加以缝合。②只作了上颌结节后方的切口，如切口较大，可在第二磨牙远中缝一针即可，如切口较小可以不作缝合，颊肌的张力可使龈瓣自行复位。

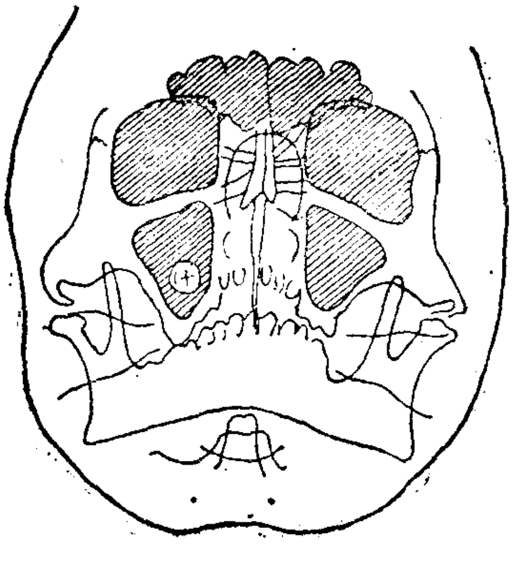
（二）拔除阻生上颌第三磨牙一些特殊情况的处理

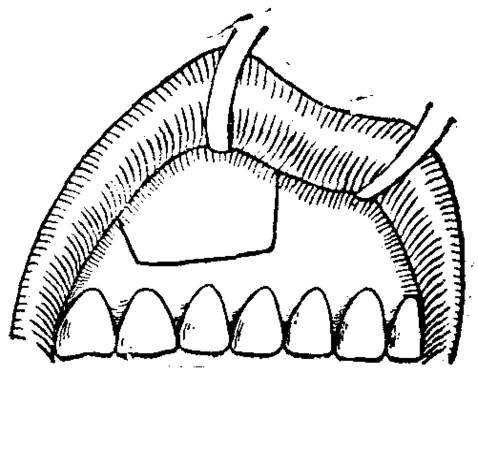
〔1〕阻生牙牙冠嵌于第二磨牙远中颊根及腭根之间

（1）高位近中阻生上颌第三磨牙，牙冠的近中角有时嵌于第二磨牙远中颊根及腭根之间，插牙挺时难于插至阻生牙近中面。牙挺在阻生牙颊面滑动，缺少支点将牙向远中挺动。 （2）遇到这种情况，应用钻针在阻生牙颊面钻一个洞作为支点，以三角挺插入洞内，以近中骨板作为支点，向远中挺动。

〔2〕阻生牙推入上颌窦

（1）上颌阻生第三磨牙在拔除时，凿骨板用力过猛，或者骨凿放于阻生牙牙冠上当为骨板锤击，如果上颌窦的位置偏后，或者窦腔扩张，在锤时有可能将阻生牙推入上颌窦。 （2）遇到这种情况应停止继续在牙槽窝内寻找阻生牙，以免造成牙槽窝与上颌窦之间造成更大的穿孔，而形成长期的口腔上颌窦漏洞。 （3）将牙槽窝颊舌侧牙龈紧密缝合。如缝合有困难，可将牙槽窝颊侧骨板用骨钳剪去，或游离颊侧牙龈至颊沟。总之应尽最大努力紧密缝合牙槽窝。 （4）拍摄副鼻窦片以证实阻生牙确实在上颌窦内后，在犬齿凹处，前牙的根尖上方作梯形切口，翻开龈瓣。 （5）在前牙根尖上方





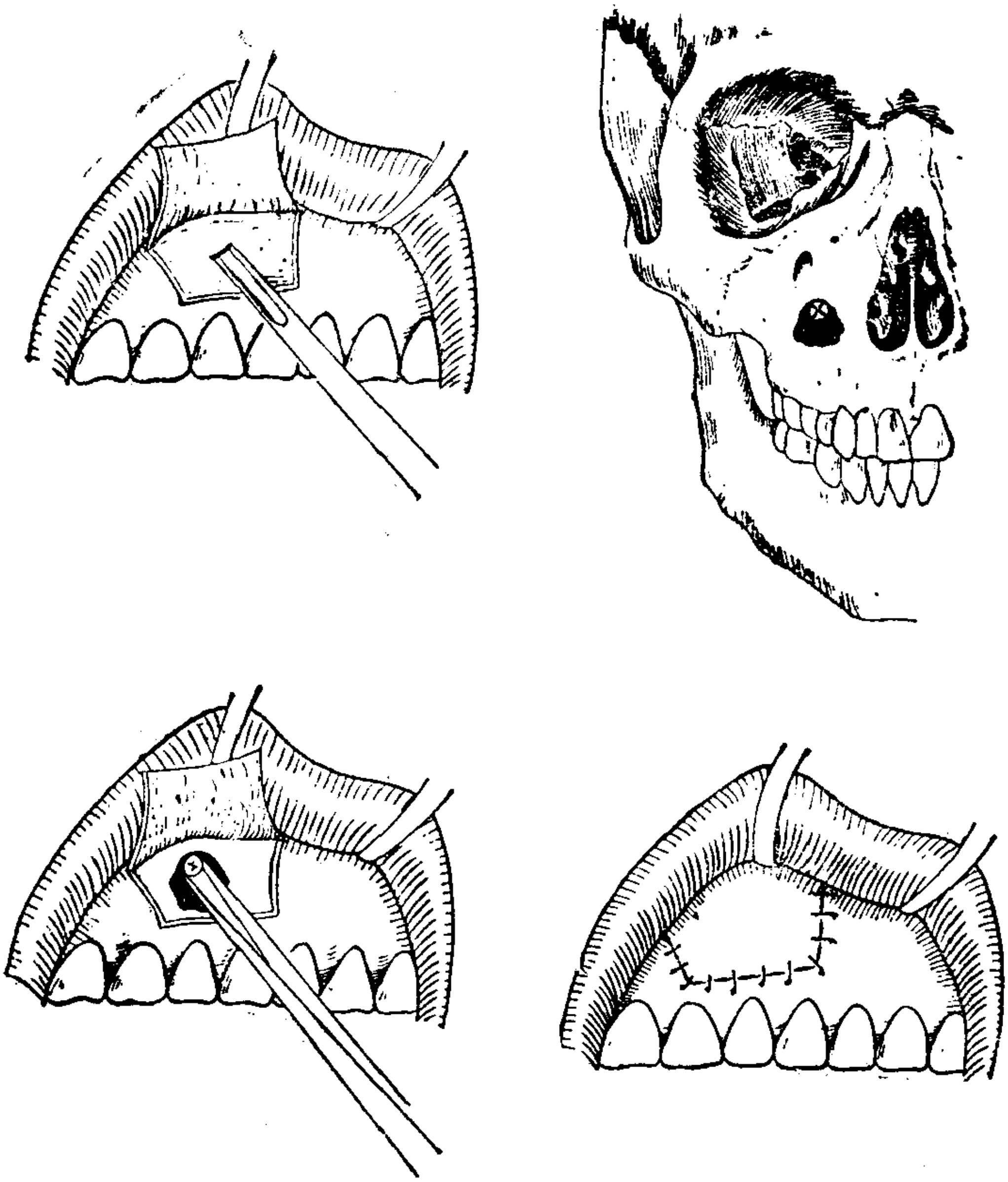


图 2-80　阻生牙推入上颌窦取牙手术

的上颌窦前壁上凿洞，穿过上颌窦粘膜，用长手术镊取出阻生牙。（6）缝合龈瓣(图2-80)。

〔3〕阻生上颌第三磨牙断根推入上颌窦

（1）阻生牙断根，在取根时有时被推入上颌窦。断根推入上颌窦后其位置多数是在第一第二磨牙之间的上颌底。（2）停止继续自阻生牙牙槽窝寻找断根或企图由牙槽窝内取出断根，应将牙槽窝紧密缝合。（3）在第一第二磨牙之间，各颊根的上方牙龈上作弧形切口，翻开龈瓣。（4）以骨凿凿去上颌窦外侧壁，切开上颌窦粘膜。用吸引器吸出断根。或用聚光灯照射于上颌窦内，以镊子取出断根。缝合龈瓣(图2-81)。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

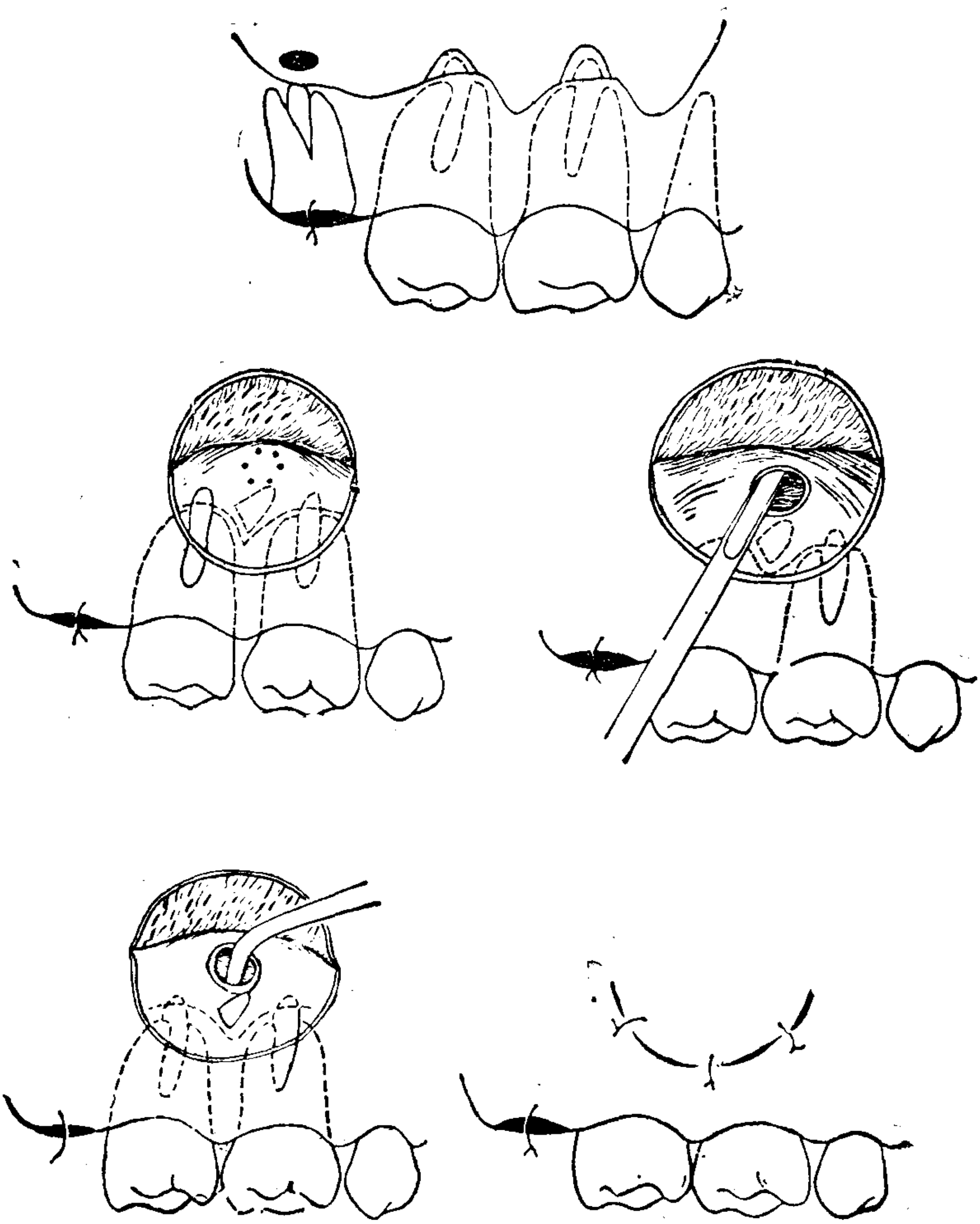


图 2-81　阻生上颌第三磨牙断根落入上颌窦取根方法

三、阻生前牙手术

［适应症］

阻生前牙最常见的是多生牙，乳牙尖牙滞留恒牙尖牙阻生，亦较常见。这种阻生牙有发展成为囊肿可能，有时可造成邻牙牙根吸收，有时可使前牙牙列不齐或间隙过宽。一旦发现均应早期拔除。

[手术方法]

(一) 腭侧阻生前牙手术方法

(1) 切口 ①阻生尖牙多系单侧的，而阻生多生牙多见双侧。在切口上应有单侧及双侧之别。②单侧阻生牙切口是在硬腭正中向后作切口，直达相当于第一磨牙近中舌面的长度。在剥离时不可避免要剥断自切牙孔穿出的鼻腭神经。在龈瓣复位后不久即能自行愈合，无不良后遗症。③双侧阻生前牙可不作切口，自一侧第一磨牙腭侧牙龈缘剥离至对侧第一磨牙，将全部第一磨牙以前的硬腭牙龈全部向后方剥开(图2-82，2-83)。 (2) 凿骨板 ①位

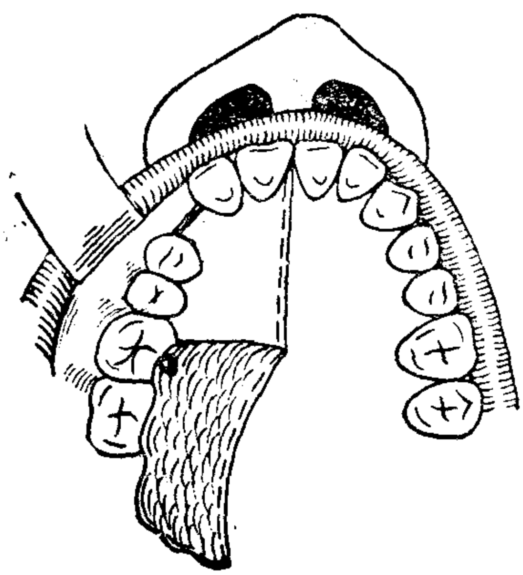


图2-82 单侧腭侧阻生上颌前牙切口

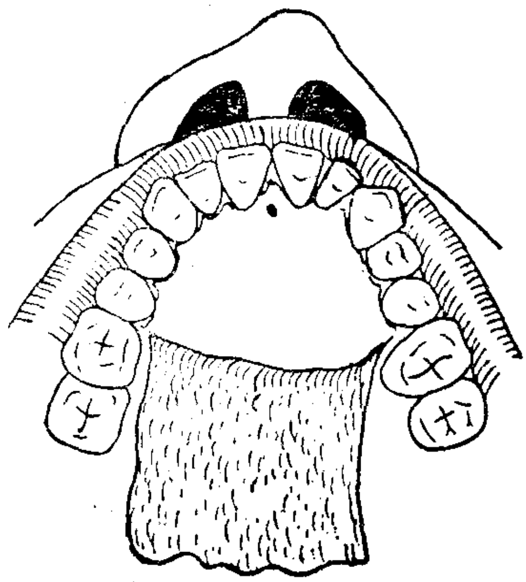


图2-83 双侧腭侧阻生上颌前牙切口

于腭侧阻生前牙多数是埋藏于骨组织之内，比较表浅者，可以在骨表面见到骨的隆起，去除表面覆盖的骨板，不难暴露阻生牙。②埋藏比较深的阻生牙必须根据X线摄片，正确估计阻生牙牙冠的位置，凿去覆盖的骨板，暴露阻生牙(图2-84)。 (3) 挺出阻生牙 ①以直挺插入阻生牙的切端，以硬腭骨板作为支点，向下方将阻生牙挺出。②在挺牙过程中，因根弯曲，有可能牙冠折断，可利用断根的根管作为支点，以三角挺插入根管或髓腔的断端，以骨板作为支点挺出断根。或者将断根周围骨板再凿去一些以拔牙钳取出断根。③还有些阻生前牙牙冠的方向是向后扭转的，此种阻生牙可将牙冠用钻针或磨片切断，再按照上述方法取根(图2-85，2-86)。 (4) 缝合龈瓣。

(二) 唇侧阻生上颌前牙手术方法

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

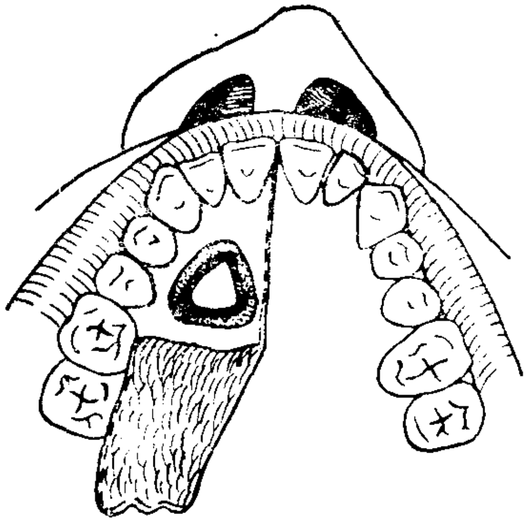


图 2-84　凿去覆盖的骨板

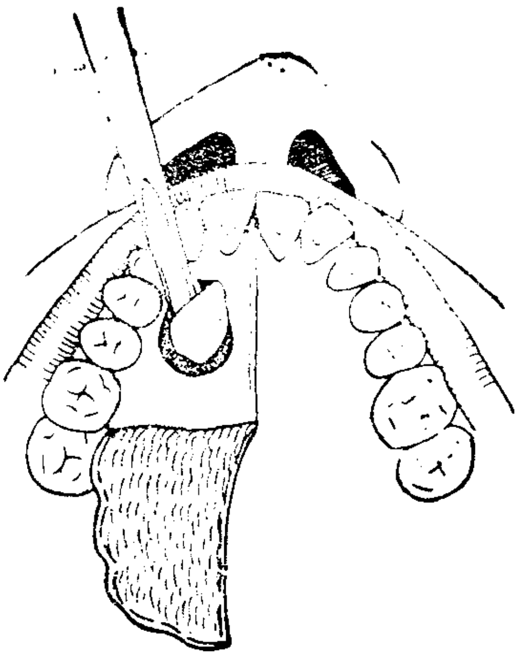


图 2-85　挺出阻生牙

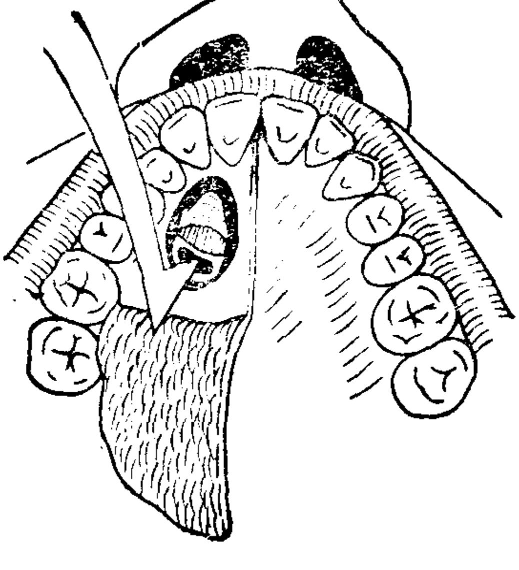


图 2-86　阻生前牙牙冠
向后方扭转切断牙冠挺出残根

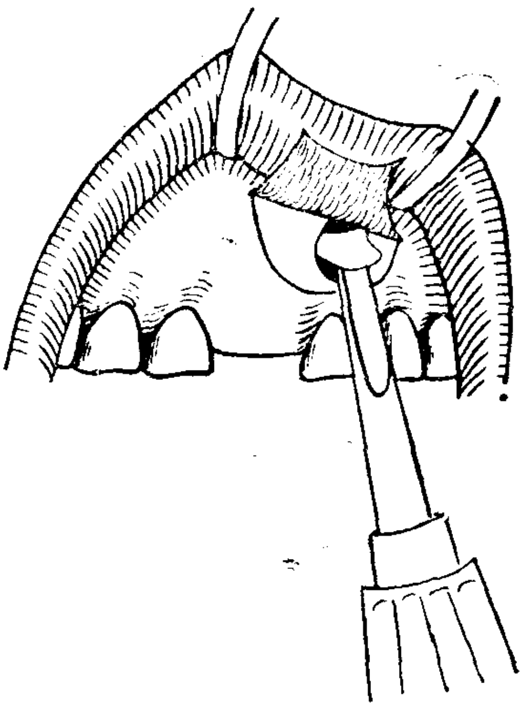


图 2-87
唇侧阻生前牙挺出阻生牙

（1）唇侧阻生多数可以扪到。手术比较简单，切口可在颊侧牙龈相当于阻生牙牙冠部作弧形切口。（2）将龈瓣向上方翻开，大多数阻生牙已萌出骨板，即使尚未萌出也可清楚地看到骨隆起的痕迹。仅需将覆盖骨凿去，即可以直挺或根尖钳取出阻生牙(图2-87)。

（三）唇腭侧阻生上颌前牙手术方法

（1）唇腭侧阻生是指牙冠在牙槽嵴的唇侧而牙根在牙槽嵴的腭侧。（2）手术方法宜自唇侧作切口，与唇侧阻生相同的方法将阻生牙自唇侧取出。

［手术中应注意事项］

（1）阻生下颌第三磨牙，特别是近中或水平阻生，断根时应以三角挺小心将牙槽中隔去除至断根的平面，再以直根尖挺嵌入或击入牙槽中隔的骨板内，再将根尖挺的柄端向舌侧摆动。即可取出断根。切忌直接以根尖挺插入断根及牙槽骨的间隙，更不应试图锤击根尖挺使其嵌入断根的骨间隙。以免使舌侧骨板穿洞，断根落入舌侧骨板以外的软组织内。（2）下颌垂直或远中阻生的第三磨牙，断根时取根较近中或水平阻生更为困难。断根的位置多数是在第二磨牙的颊侧。取根时首先应先用挺喙比较长的三角挺，将牙槽中隔去除，然后再用长喙三角挺插向牙槽窝的颊侧。这样才能将断根取出。（3）阻生下颌第三磨牙劈冠时，一定要找到适合的发育沟，如果发育沟暴露不清楚，可多凿一些骨板使其暴露，实在找不到发育沟时，可用磨轮或钻针磨出一条沟。在没有发育沟的位置企图劈开牙冠是不可能的，只会使病人受到极大的震动或损伤。（4）拔除上颌阻生前牙时，术前应作好X线定位，特别是唇侧或腭侧阻生。如果定位不准确，盲目的凿骨板，不但找不到阻生牙，反而损伤邻牙的牙根。（5）下颌阻生第三磨牙拔除劈冠或挺牙时，最好由助手托着患者两侧下颌角，以防损伤颞下颌关节。

第四节　颌骨骨髓炎手术（死骨摘除术）

［适应症］

（1）颌骨骨髓炎死骨摘除手术，应在骨髓炎急性期控制以后才能进行。因在急性期间手术不但局部麻醉困难，而且有使感染扩散的可能。（2）颌骨骨髓炎应在死骨形成时才能进行，术前应由X线明确骨稀疏的范围，死骨的位置，才能进行手术。（3）骨髓炎的急性期应按照急性炎症的处理原则包括全身应用抗菌药物，拔除患牙，脓肿的切开引流等。等急性期过后再进行手术。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

一、下颌骨骨髓炎手术

(一)中央性下颌骨骨髓炎手术

(1)在骨髓范围以外的近中作垂直切口，自牙龈缘到达唇颊沟，横切口沿牙龈缘剥离，直达磨牙后区，缺牙区的切口沿牙槽嵴正中切开(图2-88)。

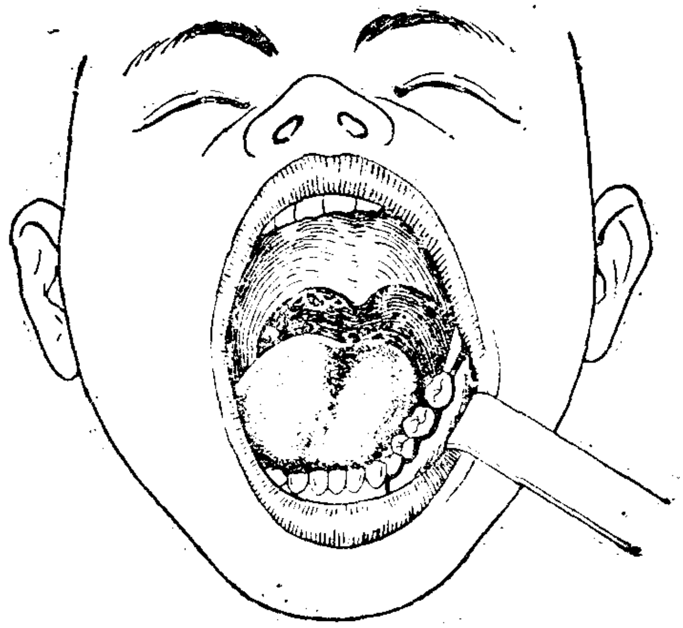


图2-88 下颌骨髓炎死骨摘除术口内法切口

(2)沿切口翻开牙龈瓣或粘骨膜瓣。如果颏孔的位置是在粘骨膜瓣的范围之内，但颏孔的位置是在第二双尖牙根尖以下，剥离龈瓣时最好能让开颏孔，以免造成下唇长期麻木(图2-89)。(3)拔除病灶牙及被波及的牙齿。

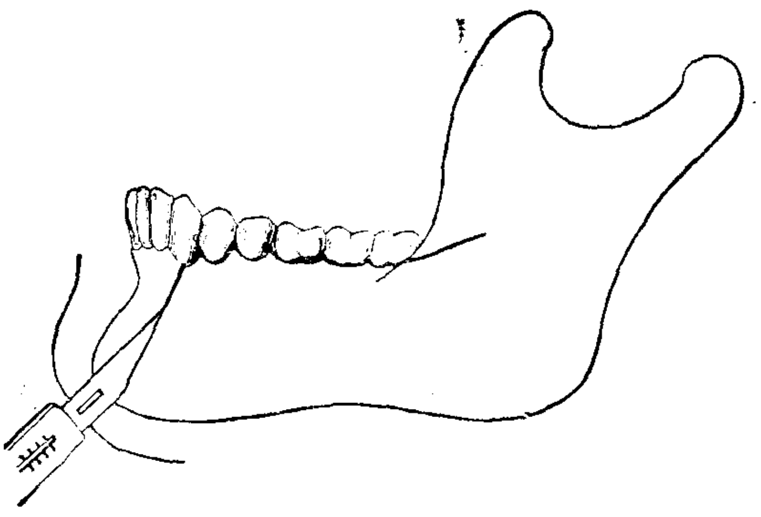


图2-89 下颌骨骨髓炎死骨摘除术切口及翻开牙龈瓣

（4）用咬骨钳咬去牙槽窝的唇颊侧骨板，到达炎性的骨髓腔，继续将骨腔的外骨皮层全部刮去、直达下颌骨下缘（图2-90）。（5）以刮匙刮去全部死

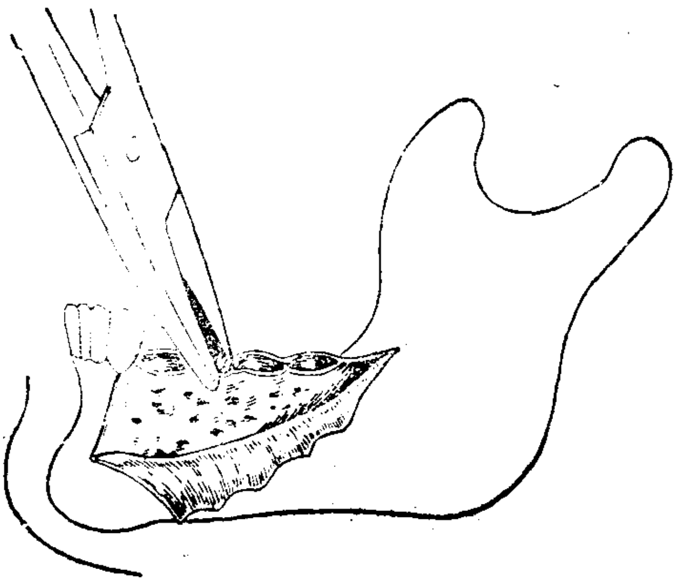


图 2-90 下颌骨骨髓炎死骨摘除术剥去颊侧骨板

骨及炎性肉芽组织。直到正常骨面，检查舌侧骨板有无死骨形成及穿孔；如有亦应刮去。（6）牙龈上如有漏管，用刮匙刮去，将其缝合，过于腐烂的牙龈或已坏死的牙龈应剪去。（7）皮肤上如有漏管，可用刮匙自口外的漏管口伸入刮至骨面，刮除漏管内的肉芽组织及上皮组织，或作梭形切口将漏管全部切除，作间断缝合（图2-91，2-92）。（8）用温生理食盐水多次冲洗骨面及伤口，牙槽嵴上横切口用褥式及间断缝合，纵切口作间断缝合。（9）引流条自纵切口的最下端引出。不宜自牙槽嵴上引出。（10）如果牙龈由大面积坏死，剪去过多，不可能缝合时，可用油纱布开放填塞。2天后以生理食盐水冲洗伤口，更换油纱布。以后每日冲洗更换油纱布，直至2星期

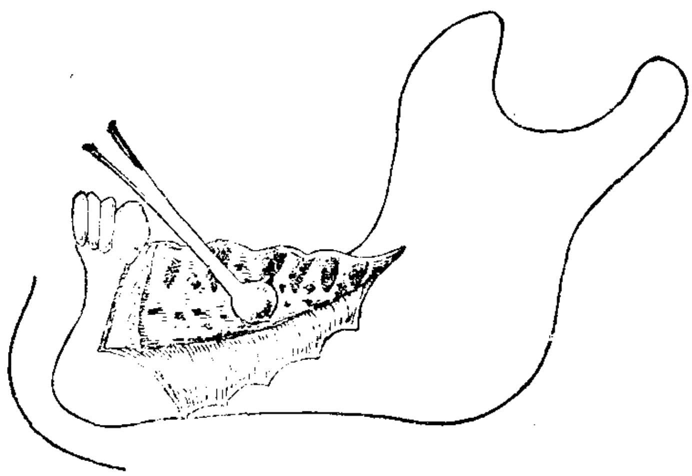


图 2-91 下颌骨骨髓炎死骨摘除术刮除死骨及肉芽组织

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

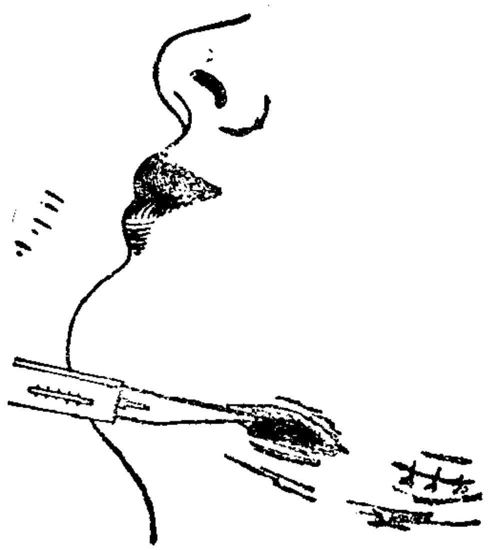


图 2-92　作梭形切口切除皮肤瘘管

以后伤口内可有正常肉芽组织及新生粘膜，可嘱患者自行含漱，3～4个星期后骨腔能逐渐平复(图2-93)。

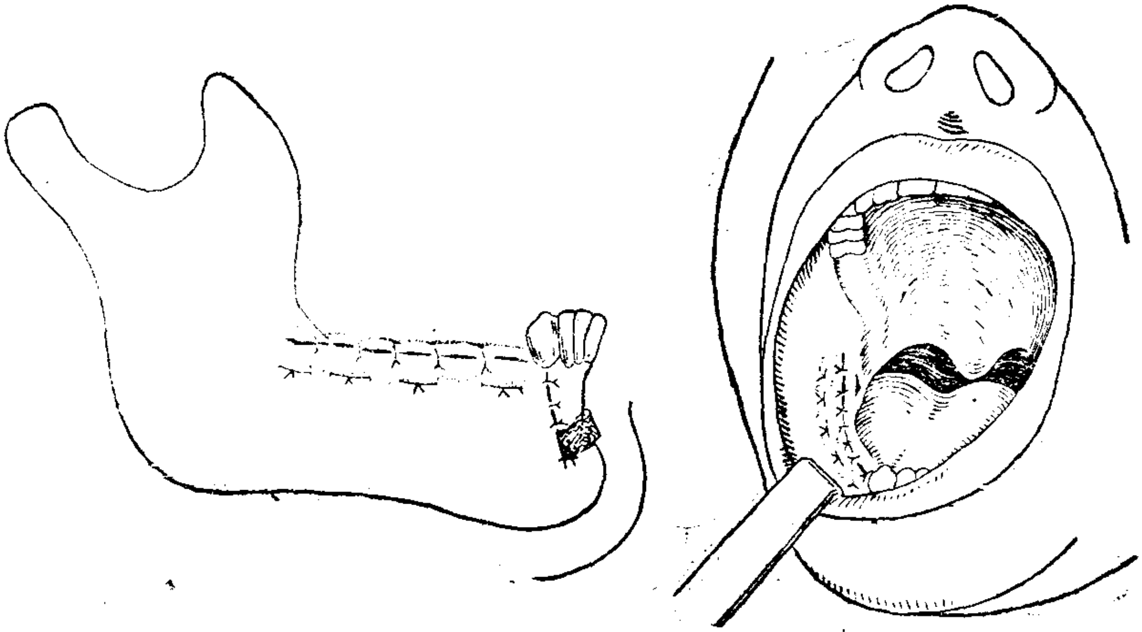


图 2-93　下颌骨骨髓炎死骨摘除术缝合龈瓣，放置引流条

(二) 边缘性下颌骨骨髓炎手术

（1）边缘性下颌骨骨髓炎多发在下颌角嚼肌附着的区域。手术途径只能口外作切口。（2）切口沿下颌骨内侧0.5厘米处，自下颌支前缘的部位开始，向后到达下颌角的后方，可向上延伸1厘米。（3）切开皮肤，皮下组织，切开颈阔肌，暴露嚼肌，切断嚼肌及骨膜。（4）边缘性骨髓炎主要病损在颌骨皮质。仔细检查骨面，可见骨面粗糙，骨质失去正常色泽，而且有出血，或骨面呈暗红色，骨质疏松软化。用刮匙可刮下一层似黄蜡状的骨质，并在骨皮质上有小片死骨，或沙石状死骨。应注意反复刮除干净。直至骨面光滑为止。（5）下颌支上病变的高度有时可到达乙状切迹，甚至髁突的颈部。因手术区暴露不够，只能凭感觉将刮匙伸入上述位置刮到骨面光滑为止。（6）骨面刮净以后，骨膜上的病变也要仔细刮去，因骨膜上有沙粒状的新骨形成，但这些新骨已部份感染或坏死，骨膜上也有粘连的脓性肉芽组织，及溶解的骨膜，这些已被感染的组织都应将刮匙翻转过来全部刮去。否则骨膜复位后，骨面又可再次感染，使骨髓炎复发。（7）皮肤如有漏管，可在作切口时将漏管切除。如果漏管的位置距切口较远，应在骨及骨膜刮干净后，用刮匙自漏管口穿过漏管到达骨面，刮除漏道四周的上皮及肉芽组织，将漏管缝合。（8）以生理食盐水冲洗伤口，按层缝合嚼肌，颈阔肌，皮肤，放引流条加压包扎(图2-94,2-95)。

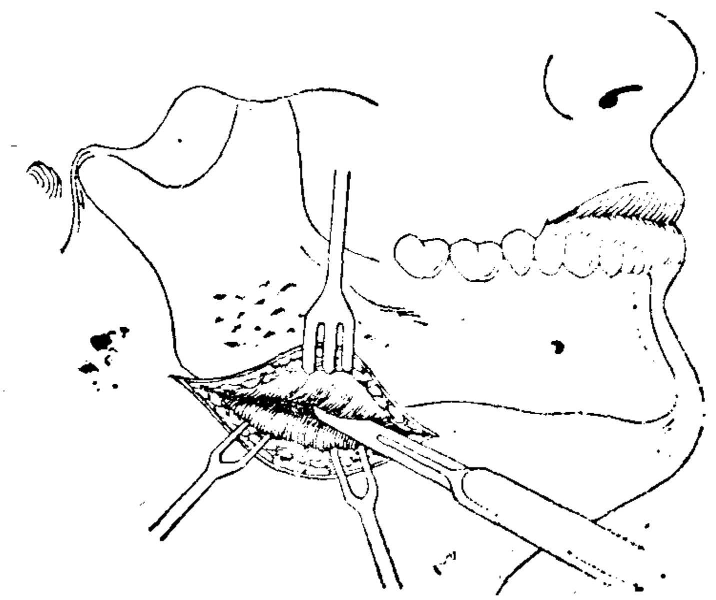


图 2-94　边缘性骨髓炎切口及切断嚼肌

二、上颌骨骨髓炎手术

（1）上颌骨骨髓炎的好发部位在前牙区、双尖牙区、和上颌结节区。前牙区死骨摘除以后常与鼻腔相通。上颌结节区多与上颌窦相通。应特别注意死骨摘除后牙龈应作严密缝合。（2）上颌骨骨髓炎死骨摘除术的手术原

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



图 2-95　刮除死骨

则基本上与下颌相似，手术途径只能由口内进行。包括将唇颊侧骨板剥去，括除死骨，将唇颊侧龈瓣与舌侧牙龈相缝合。（3）前牙区及双尖牙区死骨摘除术的切口是在离开骨髓炎范围1厘米处作纵切口、起自牙龈缘上达唇颊沟。横切口沿牙龈缘剥离。到达骨髓炎范围以外。上颌结节区手术切口纵切口在骨髓炎范围以外的近中1厘米处，横切口沿牙龈缘向远中剥离（图2-9 ，2-97）。（4）切口以后自近中向远中将切开的龈瓣翻开，拔去病灶牙

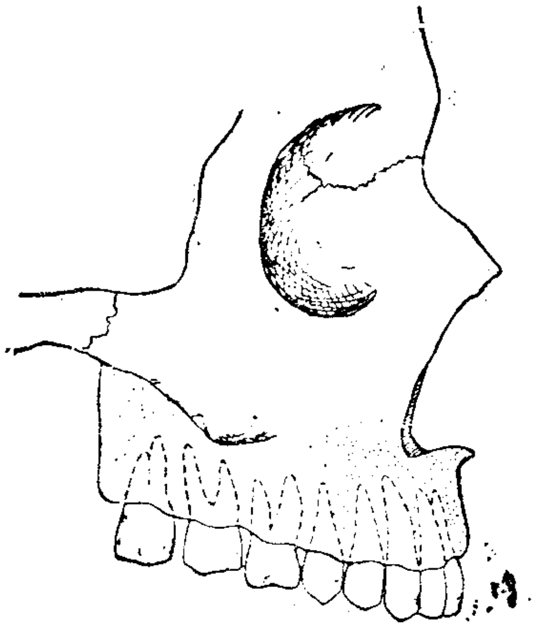


图 2-96
上颌骨骨髓炎好发部位

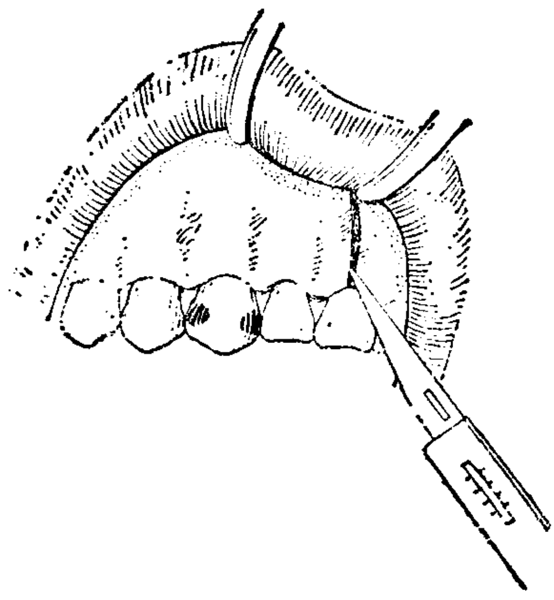


图 2-97
上颌前牙区骨髓炎手术切口

及被波及的牙。以骨钳剪去骨髓炎范围内的唇颊侧骨板。用刮匙刮去全部死骨及炎性肉芽组织。以生理食盐水反复冲洗伤口（图2-98，2-99）。（5）

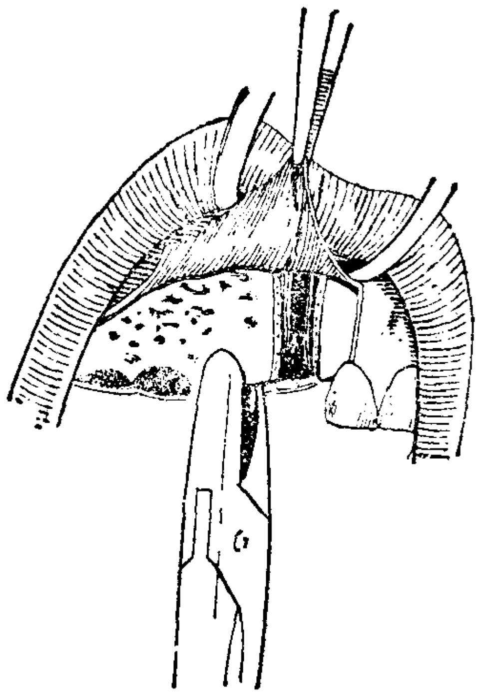


图 2-98
上颌骨骨髓炎手术剪去唇颊侧骨板

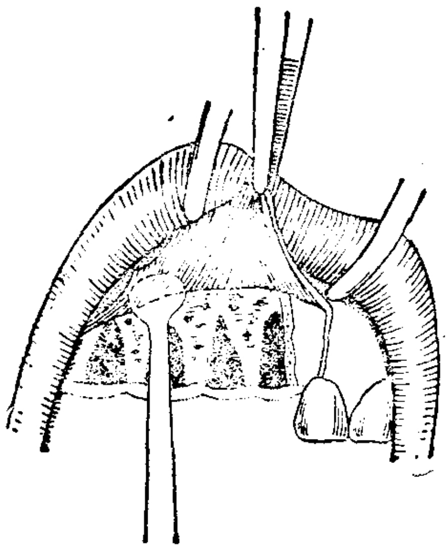


图 2-99
上颌骨骨髓炎手术刮除死骨及肉芽组织

牙龈上的漏管作梭形切口，切去后缝合。（6）剪去牙龈瓣上的牙龈乳头，如牙龈瓣过短，难于与舌侧牙龈缝合时，可将舌侧牙槽嵴剪去一些，以增加舌侧的牙龈长度，或者剥离唇颊龈瓣的基部，使唇颊沟降低以增加唇颊侧龈瓣的长度。龈瓣复位后与舌侧牙龈作褥式及间断缝合。引流条出口于纵切口的最上端，唇颊沟处。两日后抽除引流条，5～7天拆线。（7）磨牙及上颌节结区骨髓炎，刮去死骨后常与上颌窦相通。而且上颌窦内有积脓。遇到这种情况可吸出上颌窦内的积脓，及分泌物，反复用生理食盐水冲洗，刮去上颌窦内的炎性粘膜。在鼻甲和上颌窦之间开窗，以碘仿纱条填塞上颌窦及骨腔。引流条一端自鼻孔引出以橡膏粘于上唇。牙龈作褥式及间断严密缝合。两天以后抽出纱条1/3，三天以后全部抽完。5～7天拆线（图2-100，2-101，2-102，2-103）。

［手术中应注意事项］

（1）下颌骨骨髓炎，时常口内外均有漏管。死骨摘除及漏管切除后，即造成口腔与口外穿通。如果牙龈能严密缝合则争取将牙龈缝合，引流条自口

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

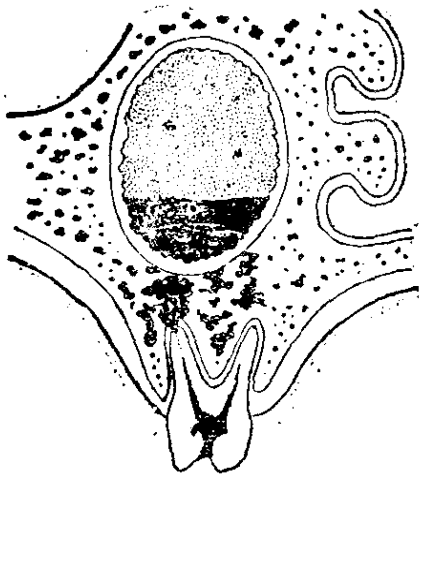


图 2-100
上颌磨牙区骨髓炎上颌窦内有积脓

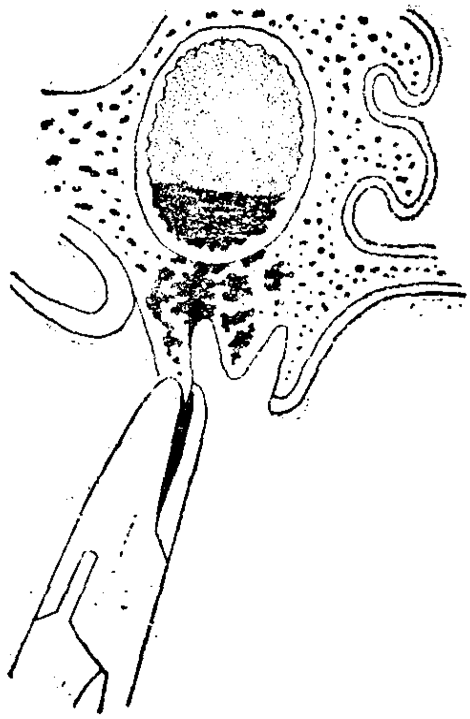


图 2-101
上颌磨牙区骨髓炎剪去颊侧骨板

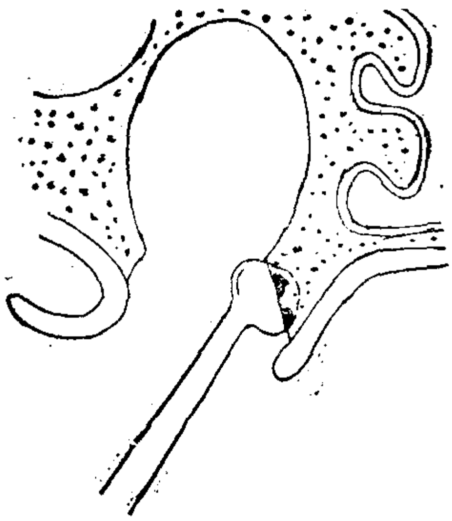


图 2-102
上颌磨牙区骨髓炎刮去死骨，
肉芽组织，并刮去上颌窦粘膜

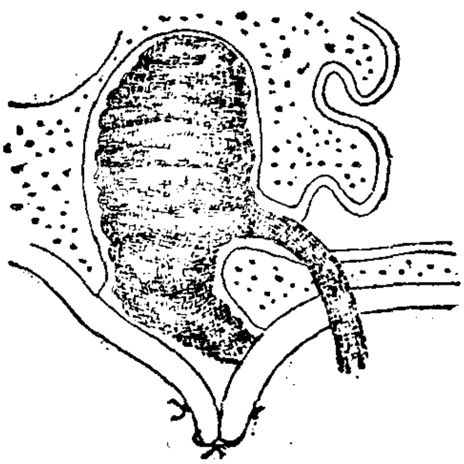


图 2-103
上颌磨牙区骨髓炎上颌窦及
骨腔内填纱条自鼻腔引出
牙龈作褥式缝合

外漏管切除的伤口内引出。如果牙龈不能缝合，则可作开放填塞，但口外的伤口要严密缝合，切忌口内外均放引流条。造成口内外的穿通。口腔内的唾液及食物自口内流至口外，形成口外漏洞，非常难以愈合。而且可使骨髓炎复

发。（2）下颌骨骨髓炎死骨摘除手术，可分为口内法及口外法两种。绝大多数手术可由口内法完成，而且效果较好，但基本原则是外骨皮层是否能彻底剪除。只有在外骨皮层剪除后才能彻底刮除骨髓腔内的炎性骨组织及死骨。这样才能治愈而不复发。（3）颌骨骨髓炎常有多数牙的松动。病灶牙应该早期拔除，以达到消除病灶及引流的目的。但有些邻近的牙松动是由于炎性反应，牙周膜充血或水肿所致。当炎症控制或病灶消除后，仍有恢复的可能，因此拔牙的数目应由 X 线摄片结合临床检查加以考虑，不是所有松动的牙都需拔除。如果牙槽骨无骨质稀疏，无死骨形成，这类牙仍可保存。

第五节　脓肿切开引流术

［适应症］

（1）脓肿切开引流的手术时期必须很好的掌握，在急性炎症扩散期，脓肿尚未形成时作切开引流术，不但不能排出脓液，反而会使炎症更加扩散，肿胀及疼痛更加剧烈。（2）脓肿切开引流术的时期一般要在急性发作肿胀3天以上，在触诊皮肤表面有凹陷性水肿，或有波动，或穿刺有脓吸出时是脓肿切开的适宜时期。（3）脓肿急性扩散期，应先全身应用抗菌药物，支持疗法以增加全身抵抗力。局部用热敷，或敷以消炎的油膏及中草药。一旦炎症开始局限，脓肿形成，即可作切开引流术。（4）口底部蜂窝组织炎，脓肿向舌根部发展，有时可压迫咽腔，出现呼吸困难或窒息症状，或者感染进入血液可引起败血症，进入胸腔并发纵隔感染，此时应及时作减张切开引流。

一、脓肿切开引流的基本原则

（1）切开引流手术的切口位置原则上应在距脓腔最近的地方。并在脓腔的下方切开，便于引流。（2）口腔颌面部神经血管丰富，切开引流有损伤神经血管的可能，又需考虑到术后遗留的疤痕影响美观或功能的障碍，因此切口应尽可能选用口内切口。如果必须从皮肤上作切口应尽可能与面部的自然皱纹方向一致，并选在面部比较隐蔽的位置，如发际内，耳后，下颌支后缘，颌下区等。（3）脓肿切开后不宜用力挤压，以防扩散。脓液应令其自行排出，脓腔可用生理食盐水冲洗。（4）引流条根据脓腔的深浅，大小及部位，选用不同的引流条。口腔内小脓肿，多用碘仿纱条引流。因口腔内引流没有敷料包扎易于滑脱。皮肤上的切开引流可用橡皮片引流。位置深的脓肿可用纱条或乳胶管作引流。创口表面敷盖盐水纱布，外加消毒纱布，分泌物多的可加棉垫包扎。（5）术后 24～48 小时更换引流条及纱布。换药时先用生理食盐水及酒精棉球揩去切口外的脓液及血液，然后抽出引流条。用生理

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

食盐水冲洗脓腔。腐败坏死性感染，为了控制厌氧菌，可用3%过氧化氢（双氧水）或1:5000高锰酸钾溶液冲洗创口。分泌物多者需每日换药2～3次。一般每日换药一次。直至已无分泌物，切口四周脓肿部位变软，红肿消退。可拆出引流，让伤口自行愈合。

二、口腔内小脓肿切开引流术

（1）口腔内小脓肿，多来自根尖脓肿或牙周脓肿。根尖脓肿可在脓肿最突出的位置上作一横切口，到达骨面，即可达到引流目的。用一小段碘仿纱条，作为引流。有时脓肿很浅，引流条不能塞入，不放引流条亦可。否则即使勉强塞入引流条，不但堵塞了脓液的出路。也可能在饮食时脱落。牙周脓肿的位置距牙龈缘较近，多数情况下需要拔除患牙同时达到脓肿的引流。实际上牙周脓肿完全可以由牙周袋排脓，不需要作切开引流。牙周脓肿的脓腔内系炎性肉芽组织，脓液很少。因此牙周脓肿不需要切开引流，如果患牙还可保留，则应翻开牙周袋用刮匙刮除脓腔内的肉芽组织才能消除牙周脓肿。
（2）小的脓肿不一定作切开引流术，只需用探针放在酒精灯上烧红，在脓肿的最突出部位烧灸一个小洞，使脓肿形成一个漏管。同样可以排脓，这种手术多数不需要麻醉，或仅需在粘膜表面涂些涂布麻醉即可。

三、眶下区脓肿切开引流术

（1）多来自上颌前牙的牙源性感染。脓肿位于眼眶下方，上颌骨前壁与表情肌之间。以犬齿凹为中心。肿胀的主要部位是下眼睑，眶下区及上唇。
（2）如果脓腔已越过表情肌将近眶下皮肤时。还是尽量争取自口腔内作切开引流。嘱患者停止在皮肤上使用热敷，或排脓的药物，而更换使用温热的生理食盐水含于口腔尽可能将脓腔引向口内。或比较早期自口内切开引流。
（3）切开引流从口内相当于上颌前牙，尖牙或双尖牙区口腔前庭粘膜皱壁处作横切口，切开粘膜及骨膜，到达骨面。脓腔位置在颧肌，犬齿肌，鼻翼肌之间，上界为眶下缘，下界为上颌牙槽突，内界鼻翼侧缘，外界颧骨。表面有面部表情肌和上唇方唇等。（4）切开后用止血钳插入脓腔，张开止血钳以扩张引流的通路(图2-104,2-105)

四、颊部脓肿切开引流术

（1）颊部脓肿位于颊间隙，在颊肌与嚼肌前缘之间。上界为颧弓下缘，下界为下颌骨下缘，前内界是由颧骨下缘至鼻唇沟，经口角向下颌骨下缘的延线。后外界浅面相当于嚼肌前缘，深面是翼下颌韧带。（2）切开引流应尽可能自口内作切口，且应在脓腔较低的位置，即下颌口腔前庭，粘膜皱壁

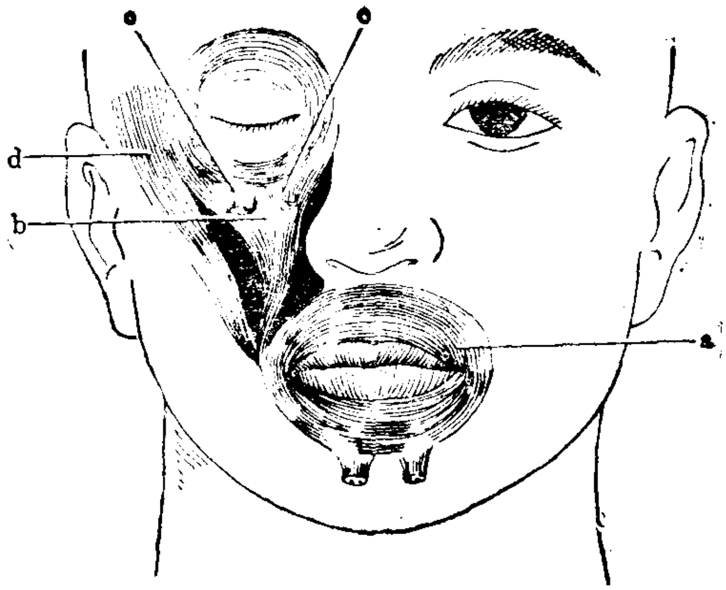


图 2-104 眶下脓肿的解剖位置
a. 口轮匝肌 b. 犬齿肌 c. 上唇方肌 d. 颧肌

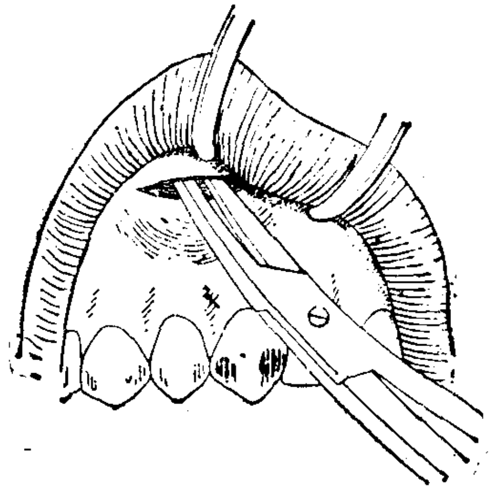


图 2-105 眶下脓肿切开引流术

处,作与牙槽突平行的切口。 （3）广泛的颊间隙感染,可在口外皮肤上作切口,在下颌骨下缘内侧1厘米处作平行于下颌缘的切口,然后以止血钳纯分离,潜行向上,绕过下颌骨下缘到达下颌骨外侧,进入脓肿,避免损伤腮腺导管,面神经及重要血管(图2-106)。

五、下颌角区脓肿切开引流术

（1）下颌角区脓肿的位置在嚼肌内侧与下颌支外侧骨壁之间。上界为颧弓下缘,下界为下颌骨下缘,前界为嚼肌前缘,后界为下颌支后缘,内界为

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

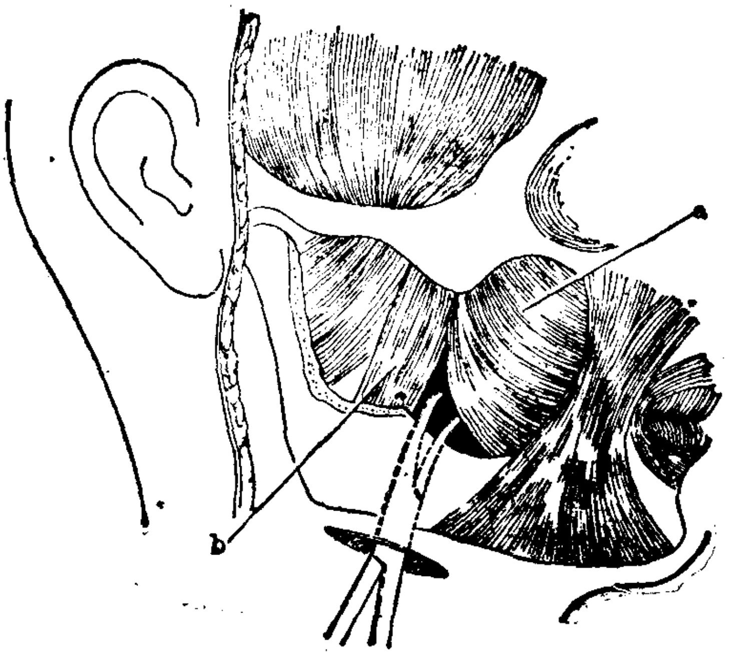


图 2-106　颊间隙脓肿口外切开引流　a颊肌　b翼内肌

下颌支骨外板，外界为腮腺及嚼肌。（2）切开只能由口外进行。切口位置在下颌角后方1厘米处，向前作与下颌角平行的弧形切口，长约5～7厘米。（3）切开皮肤、皮下组织及颈阔肌，然后纯分离，注意避免剥断面神经下颌缘支。在下颌角处切开部份嚼肌附着及骨膜，用止血钳自骨膜深面往上分离，直达下颌支骨面，即可进入脓腔（图2-107，2-108）。

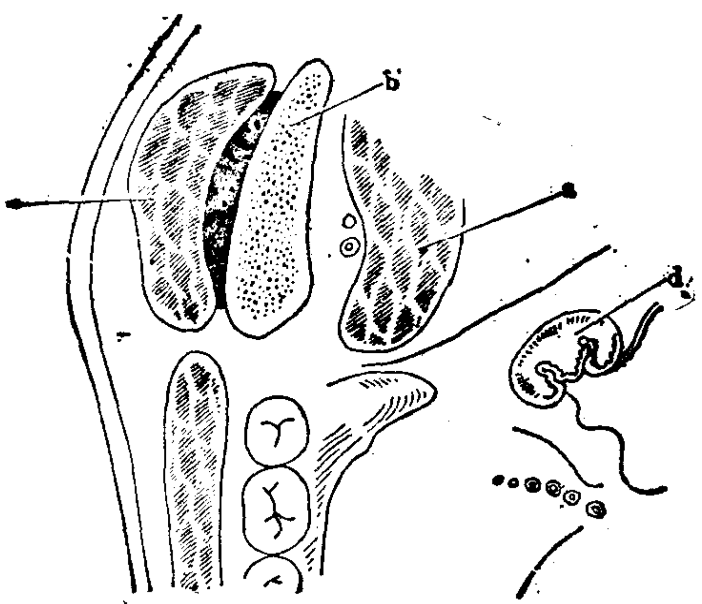


图2-107　下颌角区脓肿的解剖位置
a. 翼内肌　b. 下颌升支　c. 嚼肌　d. 扁桃体

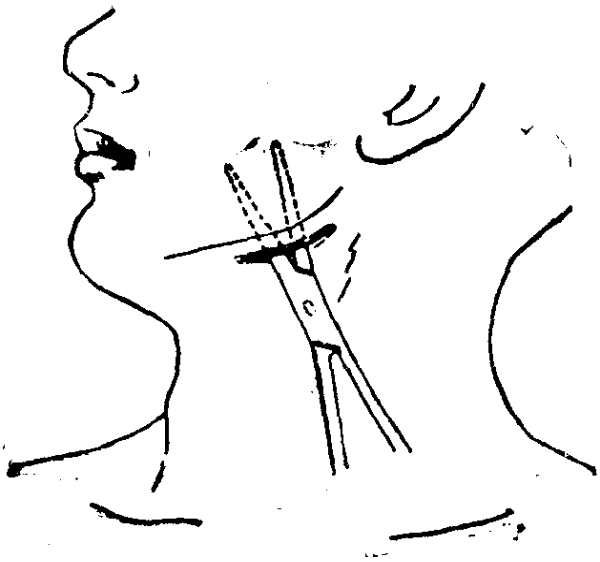


图 2-108　下颌角区脓肿切开引流

六、颌下区脓肿切开引流术

（1）颌下区脓肿位于颌下腺所在的颌下三角内。上界是下颌骨下缘，下界是二腹肌前腹，此间隙借下颌舌骨肌与舌下间隙隔开。（2）切口在颌下区皮肤上，下颌骨下缘内侧1～2厘米处，长度视脓肿大小而定。（3）切开皮肤及皮下组织，用血管钳钝剥离分离颈阔肌，注意勿损伤颌外动脉及面神经下颌缘支。分离至下颌骨下缘即可达脓腔(图2-109，2-110，2-111)。

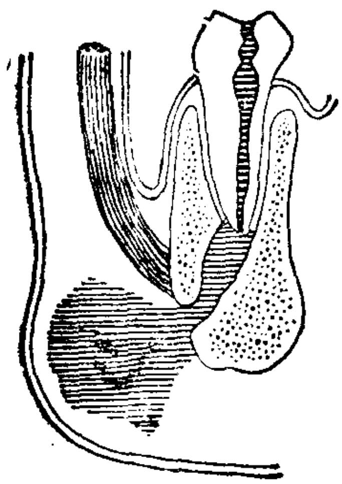


图 2-109
颌下脓肿向颊侧扩散

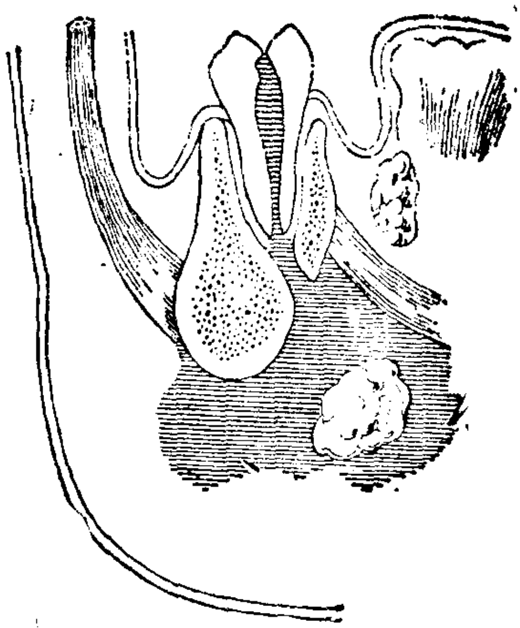


图 2-110
颌下脓肿向舌下扩展

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

七、口底蜂窝组织炎及舌下脓肿切开引流术

（1）舌下脓肿位于舌体及口底粘膜下，下界是下颌舌骨肌，前界及两侧外界为下颌骨体内侧面，后界止于舌根。舌下间隙虽被颏舌肌平分为左右对称的两部分，但二者在舌系带粘膜下可以相通。（2）舌下脓肿穿过下颌舌骨肌，或原发于颏部颈阔肌之上，下颌舌骨肌下的脓肿，即颏部或口底部蜂窝组织炎（图2-112，2-113）。（3）舌下脓肿切开引流一般均从口内粘膜肿胀区，沿下颌骨内侧面，作与其平行的粘膜切口，手术中注意勿伤及舌神经、舌动脉及颌下腺导管（图2-114）。（4）口底蜂窝组织炎，可在双侧颌下及颏下部，作与下颌骨下缘平行的广泛横形切口，或"T"形切口，手术中应将口底部分肌肉切断，分离脓腔，以保持引流的通畅。（5）口底蜂窝组织炎可以波及颈上部，整个颈部及胸部肿胀向舌根部发展，可压迫咽腔，出现呼吸困难或窒息症状，感染

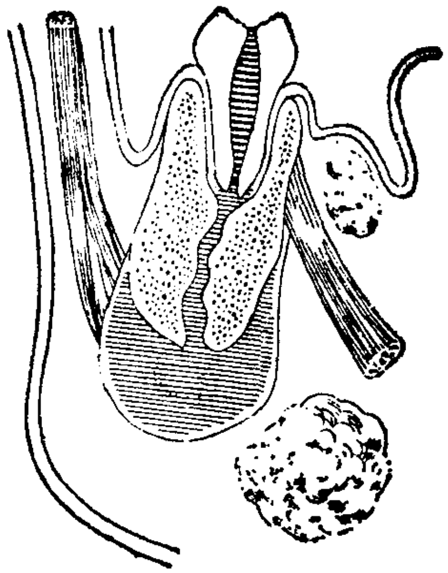


图 2-111
颌下脓肿向舌侧扩展

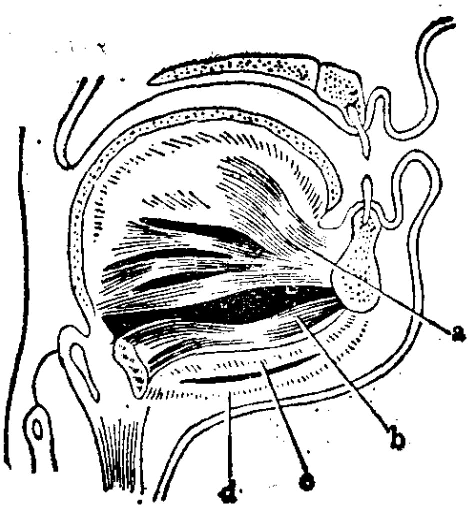


图 2-112
口底蜂窝组织炎及舌下脓肿

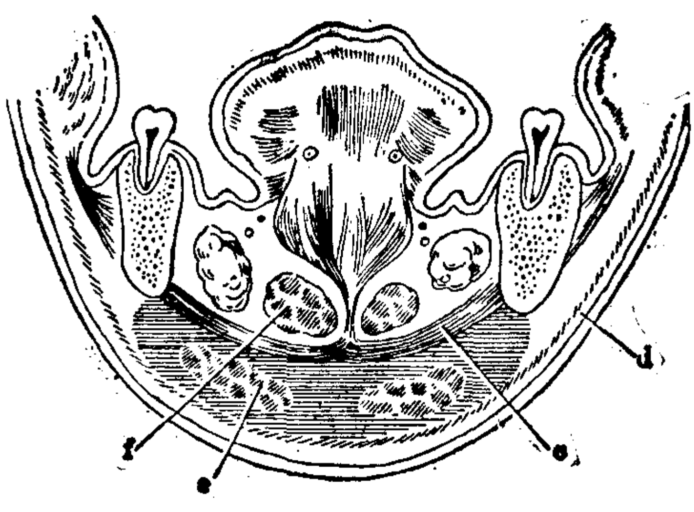


图 2-113
双侧口底蜂窝组织炎及舌下脓肿

a．颏舌肌　b．颏舌骨肌　c．下颌舌骨肌　d．颈阔肌　c．下颌舌骨肌　d．颈阔肌　e．二腹肌　f．颊肌

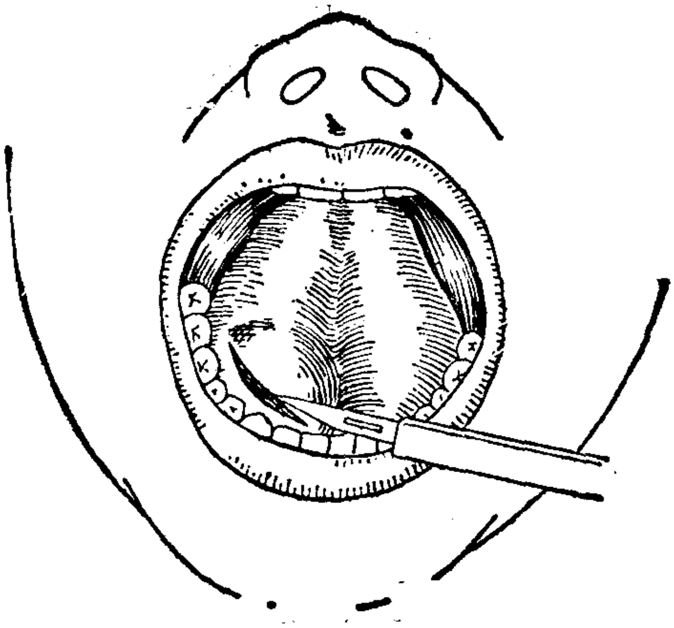


图 2-114　舌下脓肿切开引流

进入胸腔可并发纵隔感染。这种感染必须提高警惕，应及时作减张切开引流，如有呼吸困难，应先作气管切开再作切开引流或减张切开（图 2-115）。

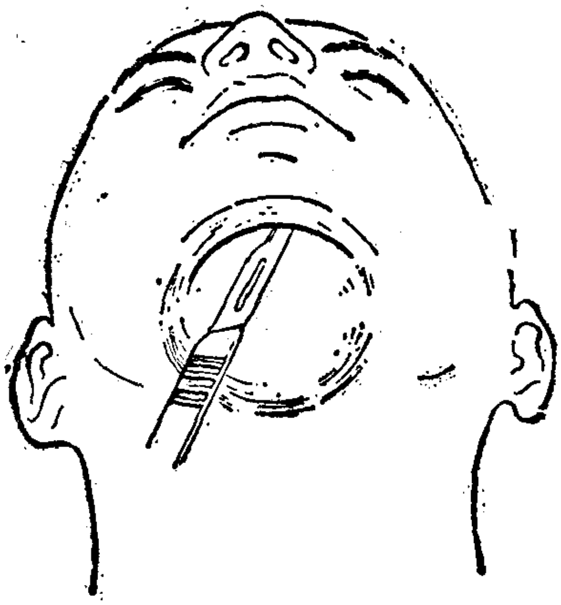


图 2-115　口底部蜂窝组织炎切开引流

八、口咽部脓肿切开引流术

（1）口咽部脓肿来自翼颌间隙及咽旁间隙。翼颌间隙上界为翼外肌，下界位于翼内肌所附着的下颌角内侧缘。前界为颞肌及其所附着的下颌支前缘，后界为下颌支后缘及腮腺，内界下颌支内板。咽旁间隙，位于咽腔侧方，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

前上界为颊肌与咽上缩肌的连合缝，后上界通向颞下间隙及颅底，前下界为颌下腺之上通向舌下间隙，后下界止于茎突舌骨肌鞘，二腹肌后腹及包绕颌下腺的筋膜，后界颈动脉鞘及颈突肌，内界咽上缩肌，外界翼内肌(图2-116)。

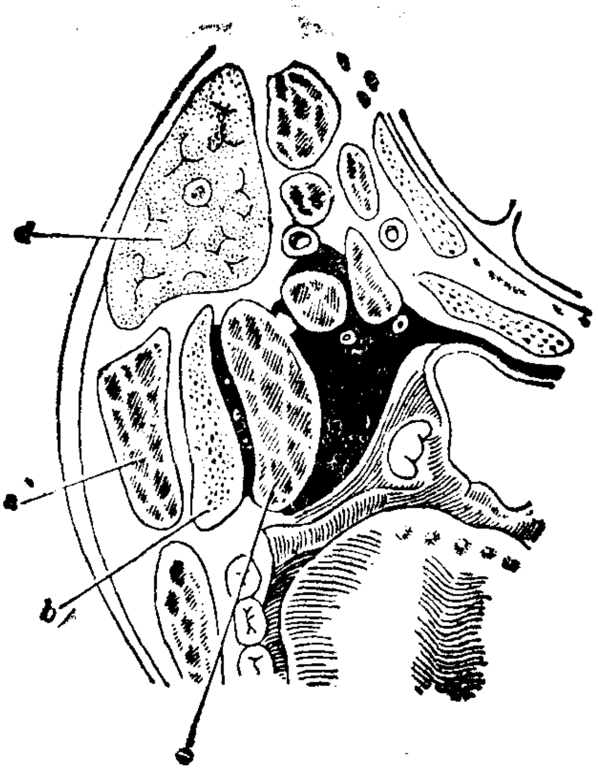


图2-116 口咽部脓肿

a. 咽肌 b. 下颌骨 c. 翼内肌 d. 腮腺

（2）翼颌间隙脓肿切开，若口腔张口度许可，自口内作切开引流，途径近而方便，切口沿翼下皱壁稍外侧纵行切开粘膜，用血管钳纯分离，进入翼颌间隙。如张口受限可自口外沿下颌角下1～2厘米处作弧形切口，切开皮下组织颈阔肌，分离至下颌角下缘时，在下颌角内侧切开翼内肌的附着与骨膜，用长血管钳分向翼内肌与下颌枝骨面之间即到达脓腔（图2-117）。（3）咽旁间隙切开引流在翼下颌粘膜皱壁稍内侧作切口，应用五官科咽旁脓肿切开引流钳比较安全。张口受限的病人可自下颌枝后缘皮肤上作切口，与翼下颌间隙相同分离至翼下颌间隙后，继续向内侧穿破翼内肌即进入咽旁间隙。

九、颞部脓肿切开引流术

（1）颞部脓肿的位置在颧弓上方的颞间隙，或者位于颞间隙下方的颞下间隙。颞间隙位于颧骨上方颞肌所覆盖的颞骨表面。颞下间隙位于颞骨下方，上界是蝶骨大翼下方的颞下嵴，下界为翼外肌，前界上颌结节，内界蝶骨翼外板的外侧面，外界下颌枝上分内侧面，喙状突及颧弓(图2-118)。（2）颞间隙浅部脓肿的切开引流可在颞部发际内作单个皮肤切口，深部脓肿应作

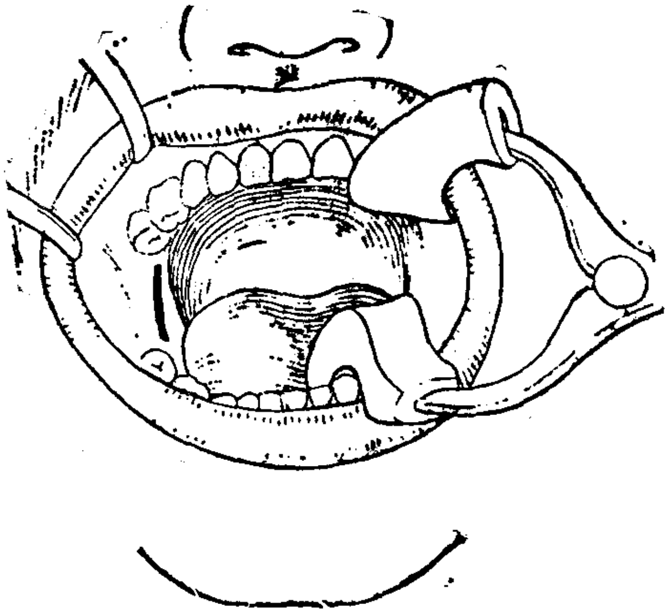


图 2-117　翼颌间隙切开引流之口内切口

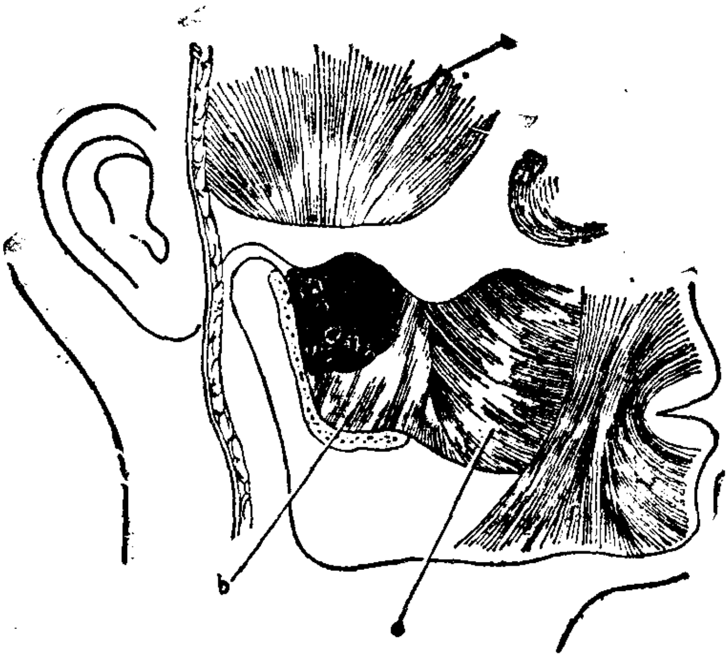


图 2-118　颞间隙脓肿
a. 颞肌　b. 翼内肌　c. 颊肌

两个切口或弧形切口。切口的方向应与颞肌纤维方向一致。弧形切口适用多间隙感染，应在颞肌附着的边缘作切口。切勿在颞肌上作与肌纤维相交的横形切口，因为切断颞肌后，由于疤痕挛缩破坏肌肉的功能，使张口困难（图2-119）。（3）深部的颞下间隙脓肿可自口内切开引流。切口的位置在下颌枝前缘的外侧，切开粘膜后以止血钳自喙状突内侧作钝剥离，直达颞下间隙或颞间隙（图2-120，2-121）。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

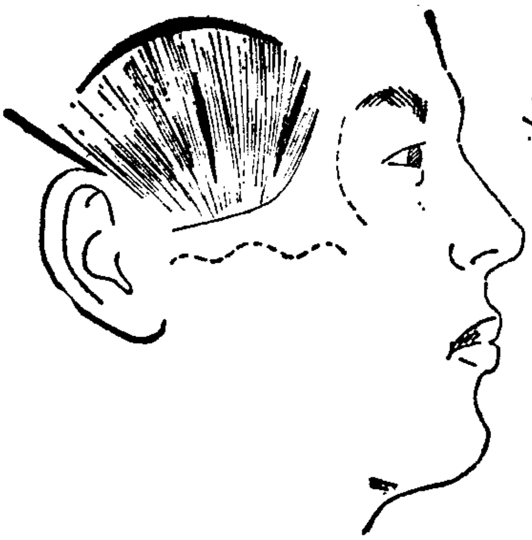


图 2-119
颞间隙脓肿切开引流的
切口位置

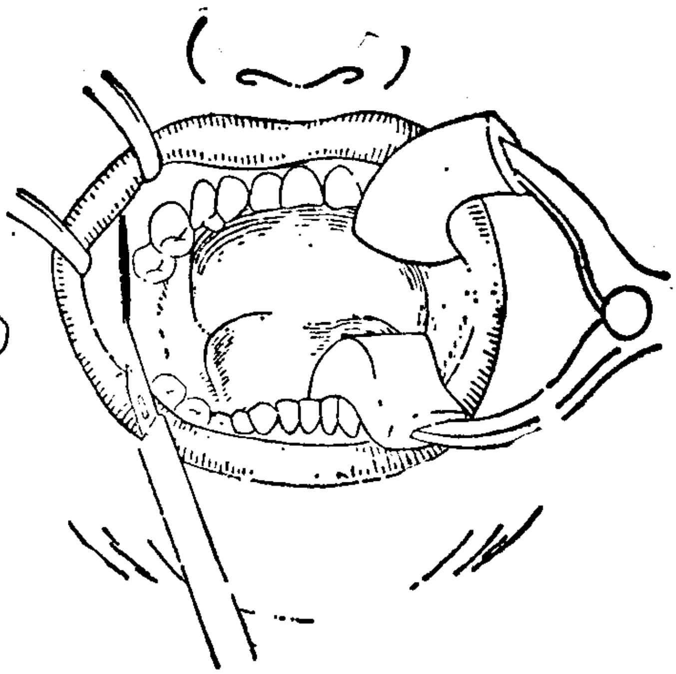


图 2-120
颞下深部脓肿口内切开引流
之切口位置

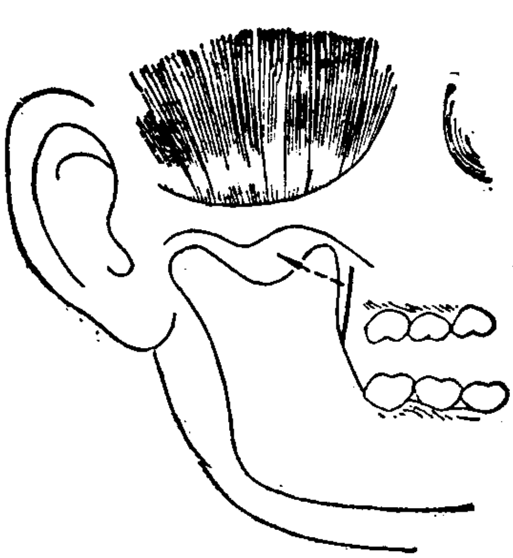


图 2-121
颞下深部脓肿口内切开引流，进入脓腔的方向

十、腮腺脓肿切开引流术

（1）腮腺脓肿多系由分散的小脓腔，融合成为较大的脓腔，向腮腺筋膜结构较薄的部位溃破，或窜犯咽旁间隙或颞下颌关节。（2）化脓性腮腺脓肿切开引流的切口应避免作在腮腺上，因为直接在腮腺上作切口不但有损伤面神经的可能，并且可造成涎漏。切口应在下颌角后下方1～2厘米处的皮肤上作弧形切口。切开皮肤及皮下组织，切开颈阔肌后用纯器械分离筋膜及深层组织。因腮腺脓肿有多腔的特点，应在切口内作多方向分离脓腔，才能充分引流。

[手术应注意事项]

（1）切开引流手术本身并不困难，比较困难的是麻醉，和正确判断切开引流的时期及脓腔的位置。（2）关于麻醉，特别是局部麻醉，因脓肿区及四周组织充血、渗出与分泌物压力大，因此肿胀部位非常敏感，在此部位注射麻醉剂更增加了组织内压力，使病员非常痛苦。比较表浅的脓肿，注射针的斜面刺入粘膜或皮肤，已到达脓腔，注射麻醉剂至脓腔内，不但不能产生麻醉作用而且会使感染扩散。（3）减少病员痛苦的注射麻醉方法是：在脓肿边界上先注射少量麻醉液，等候1～2分钟，等麻醉起效果以后，再在这麻醉区的边缘向脓肿的方向注射麻醉剂。每次注射麻醉剂的穿刺点均在前一次麻醉范围的边缘。（4）防止麻醉剂注入脓腔的方法是：在脓腔的表面作皮内注射。注射针进入皮肤或粘膜的角度要小，以近于平行皮肤或平行粘膜的角度进入。注射针的斜面进入皮层以后将斜面转向皮层表面。注射麻醉剂于皮下。脓腔的深部不需要注射麻醉剂。（5）判断脓肿切开引流最适宜的时期，也是切开引流手术的关键性问题。切开过早，脓液尚未形成，切开后仅见大量血液及渗出物排出而无脓液，由于手术切口及注射麻醉的刺激，使感染扩散，局部肿胀疼痛加剧，全身症状也趋恶化。切开过迟，脓液及细菌毒素进入血液，可发生严重的菌血、脓血或败血症。局部脓肿表面的皮层坏死，或脓肿穿破皮层形成漏管，则坏死的皮层或漏管比切开引流的切口难于愈合，或愈合后产生较大的疤痕。（6）确定切开引流的适宜时期是感染由扩散开始局限，皮肤表面由界限不清的鲜红色变为有界限的深红或紫红色。用指压压迫脓肿突起的中心及四周，指压的凹陷较长时间不平起。或者用食指及中指扪于脓肿表面以探查是否有波动感。牙龈上的脓肿有脓形成时可见龈沟上有局限的隆起。牙龈粘膜色泽为深红或紫红色。在没有必要时最好不用穿刺的方法来证实有无脓液形成。因为穿刺吸脓注射针不一定是在脓腔内，因此穿刺无脓并不等于脓肿未形成。而且一次穿刺无脓必然要在另一个部位寻找脓腔，这样反复穿刺也会使感染扩散加剧症状。（7）面部皮肤上的表

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

浅脓肿，如皮脂腺脓肿，毛囊脓肿等常常由于反复发作，脓腔内有大量肉芽组织，表面皮肤上有疤痕组织，表面皮肤有的地区已坏死成为紫黑色。这种脓肿单靠切开引流是不能解决问题的。可在表面皮肤上作一小切口，用刮匙伸入，刮去全部肉芽组织，用双氧水及生理食盐水冲洗脓腔。变色的皮肤甚至部份坏死的皮肤不要轻易的切去。肉芽组织刮净以后将这部分皮肤加压包扎，使其紧粘于脓腔的底部。加压时可用一块油纱布盖于表面，用纱布团或一块印膜胶放于加压处，然后加压包扎这部份很薄的皮肤压在血液丰富的腔底，很有可能愈合。（8）切开手术以后应及时找到脓肿的病灶，例如牙源性的脓应即时拔除病灶牙。否则一旦切开引流切口愈合，或引流不畅时，脓肿又会再次急性发作。

第六节　口腔颌面部外伤的急救

一、窒息的处理

如患者出现烦躁不安、出汗、鼻翼扇动、吸气时间延长、喉鸣音、口唇青紫及三凹症(吸气时锁骨上凹、锁突下肋间隙出现凹陷)时，说明患者已有窒息症状，应紧急处理。

[适应症]

（1）误吸是因患者昏迷或休克时血液、涎液、呕吐物或其它异物进入呼吸道。（2）血块、呕吐物或异物等阻塞呼吸道。（3）骨折后组织移位，阻塞后窒息。（4）口底、舌、咽侧壁肿胀，引起的窒息。

[手术方法]

(一) 窒息的一般处理

（1）用改变体位，使病人侧位或头低脚高位，手掏、吸管吸等方法排出异物。（2）如因舌根后缩，口底肿胀等原因引起的窒息，可拉出舌体，固定于口腔外，因舌体极易撕裂，故可用类似横褥式缝合的方法(图2-122)。（3）因上下颌骨骨折，引起的组织移位，而造成的窒息可暂时固定上下颌骨(图2-123)。

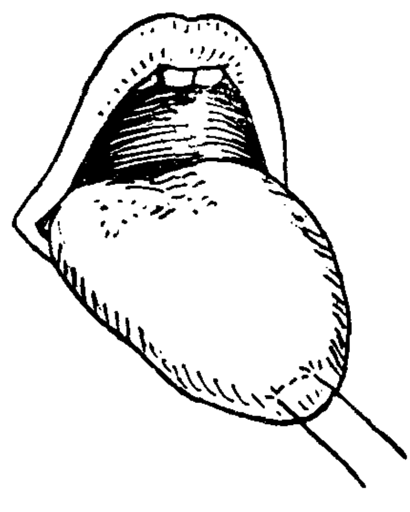


图 2-122　拉出舌体

（4）在紧急情况下，可作环甲膜切开术及穿刺术，也可作气管切开。

(二) 环甲膜切开术

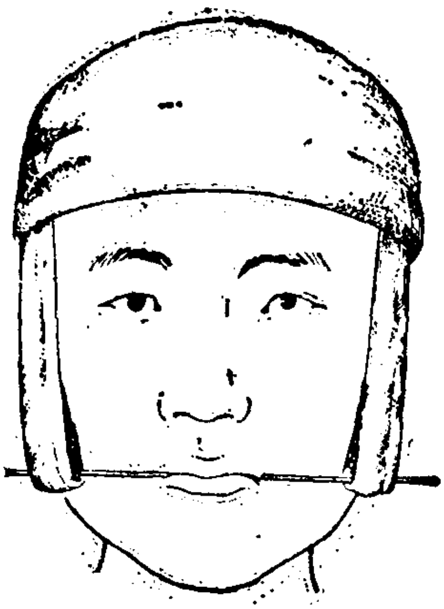
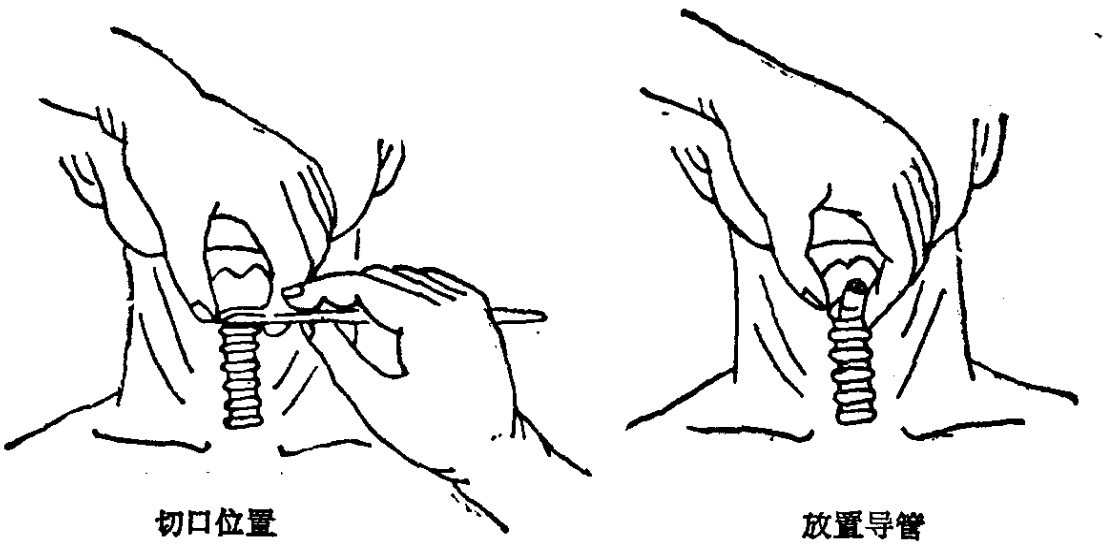


图 2-123　暂时固定上颌骨

（1）患者仰卧，肩部垫高，使头部后仰。（2）摸清甲状软骨和环状软骨之间的凹陷。（3）用左手拇指和食指固定气管。（4）横形切开皮肤、皮下组织及环甲膜，用刀柄撑开。（5）插入气管套管，紧急时也可插入其它管状物（图 2-124）。

（三）气管切开术

（1）仰卧位，肩部垫高，使头部后仰。（2）颈部皮肤消毒铺巾。（3）下颈部中线，皮肤用 1%普罗卡因作浸润麻醉。（4）下颈部中线作一长 5 厘米的直切口，直达胸骨切迹上方约二横指阔处。



切口位置　　放置导管

图 2-124　环甲膜切开术

（5）切开皮肤及皮下组织，在肌肉间切开深筋膜，把肌肉向两侧拉开，如见到甲状腺峭部，则用神经拉钩拉向上方。（6）钝性剥离气管前筋膜，暴露气管。（7）在气管壁作一切口，切开气管环，插入有内芯的气管插管，插入后抽出内芯。（8）缝合插管旁皮肤，用油纱布围绕插管。

二、出血的处理

［适应症］

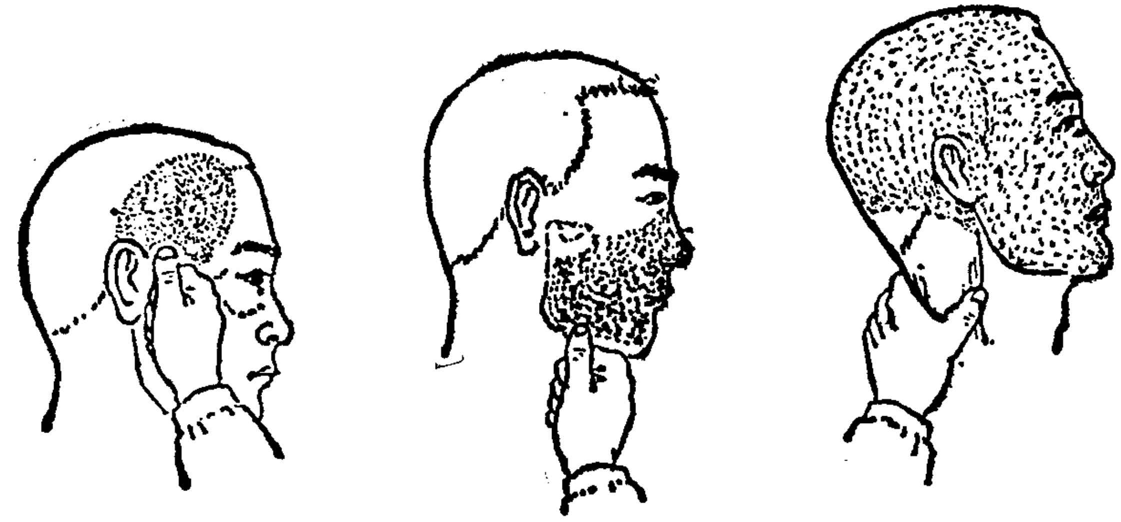
（1）皮肤、皮下、毛细血管及小的动静脉出血。（2）外伤后开放性

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

损伤，引起的动静脉出血。（3）深部组织，尤其是窦腔内视野不清的出血。

［手术方法］

（1）皮肤、皮下小的出血点，可用加压包扎的方法，常用的加压方法有，四头带加压，表面覆盖棉垫或棉球再用绷带加压固定等，以达到止血的目的。（2）出血多而来不及用其它方法止血时，可根据血管走向，用手指压迫血管近心端止血，如压迫耳屏前，可使颞浅动脉分布的额颞部位，达到止血的目的，压迫下颌骨体下缘胛肌前缘的颌外动脉，可使面中下部达到止血的目的，压迫气管外侧胸锁乳突肌前缘交界，相当于第五、六颈椎横突水平，可扪及颈总动脉，压迫后可达到颌面部止血的目的，但有可能引起心律失常，血压下降，心搏骤停等，一般每次压迫不能超过3～5分钟，此方法除紧急情况下，一般不宜采用(图2-125)。（3）深部窦腔内出血，可用消毒纱布或碘仿纱



（1）压迫颞浅动脉　（2）压迫颌外动脉　（3）压迫颈总动脉

图 2-125　指压止血法

条填塞窦腔，达到压迫止血的目的，一般3～5天后抽出。（4）结扎止血，是常用的止血法，结合清创，在无菌的条件下进行，一般结扎创口内的血管，可远离创面，结扎相应血管的近心端。

三、抗感染(扩创术)

［适应症］

口腔颌面损伤后，被细菌、尘土、异物等污染的创面，如全身应用T.A.T抗菌素外，必需进行扩创术。

[手术方法]

（1）用消毒纱布保护创面，以肥皂水及生理盐水反复冲洗，创口周围皮肤，如必要时可用毛刷轻轻擦洗。（2）用1%普罗卡因，局部浸润麻醉。（3）用H_2O_2及生理盐水反复冲洗创面，擦去异物，剪去碎片及坏死组织。（4）消毒铺巾，处理创面。

[注意事项]

（1）尽可能多的保留组织，重要的解剖标志切不可在清创中除去（如眉毛等）。（2）和整体联成一体的细小组织，用压迫的方法能够看到组织颜色的改变，解除压迫后又能恢复者，均可保留。

第七节　牙损伤的处理方法

[适应症]

（1）牙冠折断在牙颈部以上，或牙根折断的牙必须拔除。但牙冠并未折断到牙颈部以上，牙根并未折断者都应处理后加以保留。（2）牙冠损伤有隐裂，也可以作髓病治疗后，再作套冠加以修复。（3）牙脱臼，在48小时之内，尚可进行重植。（4）牙外伤性松动应在24小时之内进行固定。否则固定的效果较差。

一、牙冠折断的处理方法

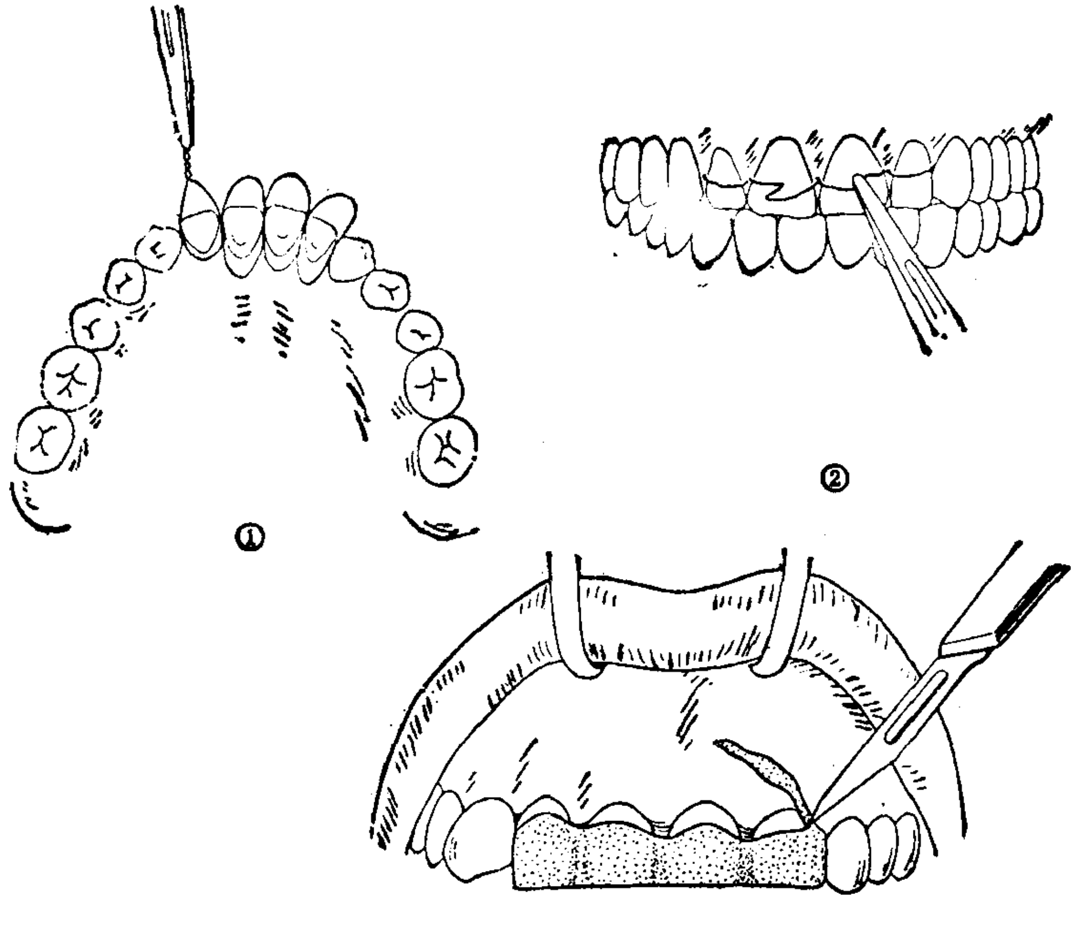
（1）因外伤而引起的牙冠折断多系上颌前牙或下颌前牙，首先应摄片检查有无牙根的折断。（2）牙冠折断可能牙髓已暴露，也可能牙髓并未暴露。但无论牙髓是否暴露，都有可能并发创伤性牙髓炎，及牙冠变色的可能，继而发生根尖周围炎。因此都要在局麻下，抽髓，作根管治疗及根管充填。（3）髓病治疗以后及症状消失后，折断的牙冠可根据情况作桩冠，脂套冠，或金属套冠修复。（4）如果牙冠折断的牙同时又有松动，应在拔髓以后作结扎固定。

二、牙外伤松动固定术

（1）牙外伤松动，首先应摄片检查松动的牙中有无牙根折断。牙根折断的牙则应拔除。（2）固定时用0.25毫米直径的不锈钢丝与邻牙作“8”字形结扎。（3）“8”字形结扎不宜结扎过紧。在“8”字形结扎扭结以后，以手指固定好松动的牙使其就位，然后在结扎的每一个牙的唇面钢丝扭成“Z”字形。如扭成“Z”字形钢丝仍过松可将“Z”形改成扭圈。（4）再用白

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

色或透明自凝型料，揉成平片形，将松动的牙及两侧邻牙的舌面，切缘，及唇面包起。嘱患者作正中咬殆，剪去过多的塑料(图2-126)。（5）如果松动牙的数目较多，可在一侧双尖牙至对侧双尖牙作环形结扎。再在每个牙间隙穿入钢丝作环形结扎缩紧(图2-127)。（6）结扎于4个星期后拆除。

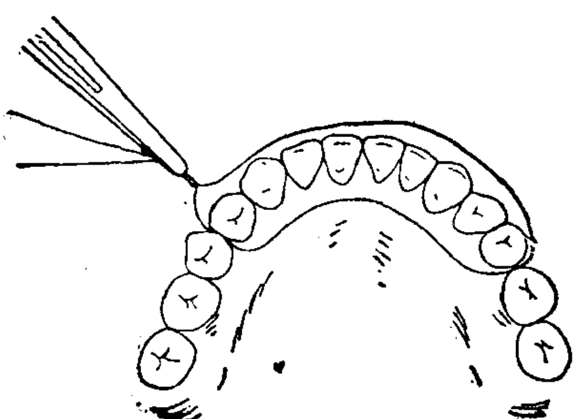


③

图 2-126 ①②③

前牙"8"字形结扎方法

① 作"8"字形结扎并扭结 ② 在前牙唇面扭成"Z"字形 ③ 以自凝塑料固定。



①

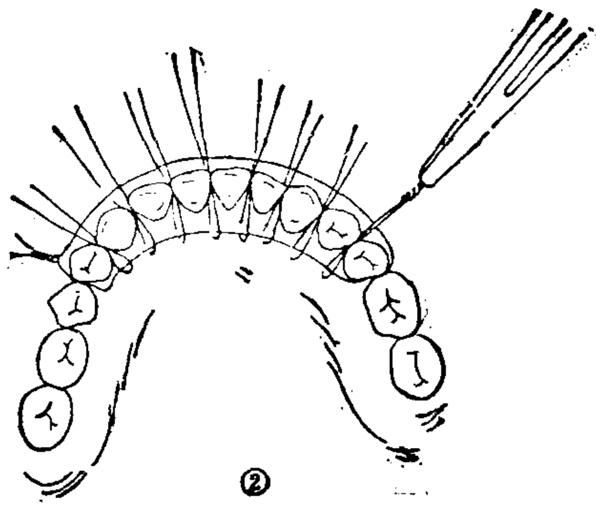


图 2-127 多数牙结扎方法

① 自双尖牙至对侧双尖牙作环形结扎 ② 在每个牙间隙作收紧结扎。

三、牙外伤脱臼再植术

（1）外伤脱离体的牙在2～3天以内重植，一般都能愈合。但时间过久，牙骨质已全部坏死，成功的希望就很小。（2）离体的牙应在强光下检查有无牙髓出血。如果没有变色可以不作髓病治疗，否则即应抽髓作根管充填。（3）离体的牙应严密刷洗，刮去残留的牙周膜及牙结石，用肥皂反复刷洗。再用1:1000的来沙而刷洗。牙根也要刷洗，然后浸于抗菌素生理食盐水内。如有条件可置于低温冰箱冷冻7～10天后再进行重植。（4）重植时将牙槽窝内血块刮去，刮出新鲜创面。将离体牙植入，不锈钢丝及自凝塑料固定。固定于4个星期拆除。（5）牙外伤性脱臼也可能被压入牙槽窝的硬骨板内。这种情况可用牙钳将嵌入骨板的牙拔出，如牙脱落，则按重植的方法重植。如牙并未脱落则按牙松动的方法处理。

四、牙槽骨骨折复位固定术

（1）牙外伤伴有牙槽骨骨折，骨折部位多在牙槽窝的唇颊侧骨板，并伴有牙龈撕裂。（2）首先应将移位和松动的牙复位以后，将撕裂的牙龈严密缝合。（3）然后按照上述牙松动的固定方法结扎，仔细检查咬殆关系是否正常。如果已就位，并固定良好，牙槽骨折亦即复位并固定。4～6周后去除固定，牙槽骨折也能愈合。

［手术应注意事项］

（1）牙外伤首先应诊断牙根有否折断，否则一切治疗方法都是徒劳无益，而且会发生继发感染而影响邻牙。（2）牙外伤特别是前牙受到冲击

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

屑，无论牙冠有否折断，牙髓都有发炎坏死的可能，因为牙髓受到外力的冲击可以发生与细菌性同样的牙髓充血及坏死。这样就会使牙冠变色或发生根尖炎。因此在结扎固定以后应经常检查牙髓的活力，如活力有变化应及早作髓病治疗。（3）单根牙的根尖部折断，不一定拔除患牙，可以用根尖切除的方法，保留此牙。

第八节　口腔颌面部软组织损伤的处理

[适应症]

（1）软组织擦伤。（2）软组织挫伤。（3）软组织撕裂伤。

[手术方法]

一、闭合性损伤

（1）软组织擦伤，在清洁创面后，可开放暴露，也可覆盖油纱布，必要时可用抗菌素和止痛剂。（2）软组织挫伤，在未形成血肿前加压包扎，局部冷敷，48～72小时后改为热敷。

如已形成血肿，则在严格消毒下，吸出血块，加压包扎，必要时加用抗菌素及止血剂。

二、无组织缺损的撕裂伤

（1）撕裂伤在严格清创后，严密定向、对位，争取在6小时内缝合，如已化脓，湿敷后清除脓液及坏死组织，也可缝合，撕裂伤较深时可放置引流条。（2）软组织缝合，要求细针细线短距离的严密缝合，各层组织应该分层缝合，避免造成裂缘的不齐或高低不平，如多角形裂伤，不能尖对尖缝合，以免造成尖端皮瓣的坏死，而是应该从对侧皮肤进针，穿过尖端组织瓣的皮下组织，从另一端组织的皮下进针，穿出皮肤打结的缝合。（3）撕裂伤，缝合时需注意消灭死腔（图2-128）

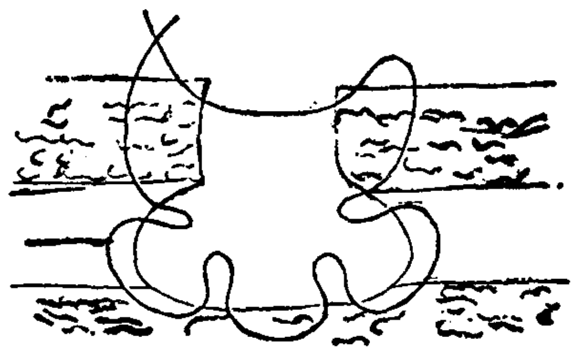


图2-128

三、有组织缺损的撕裂伤

（1）组织有缺损，不能缝合时可以考虑用潜行剥离（图 2-129），或用滑行皮瓣（图 2-130）旋转皮瓣（图 2-131）等方法，消灭创面。（2）组织缺损较大，不能用以上方法时，可考虑取全厚皮片的植皮术，取皮区的皮肤厚度和颜色最好能和缺损部位的皮肤相似，故常用的取皮部位是颌下，锁骨上，大腿内侧等。（3）洞穿性缺损，如缺损不太大，可用转移皮瓣加以修复，转移瓣的远端反折后修复口腔粘膜面，反折处修去表皮后和创面组织缝合，如转移瓣较长，可切开后延期，二星期后再转移到已定部位（图 2-132）。（4）大形洞穿性缺损，不能强行拉拢缝合，不然将严重影响功能及解剖外形，故可皮肤和粘膜缝合以暂时消灭创面，留待以后修复（图 2-133），如有条件时也可立刻修复。

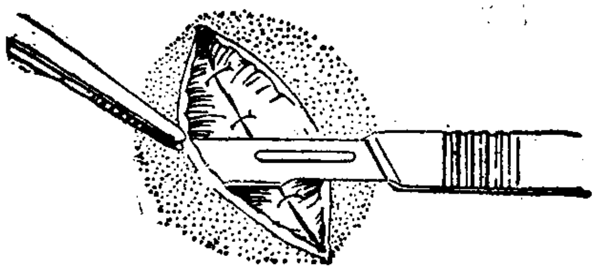


图 2-129　潜行剥离



图 2-130　滑行皮瓣

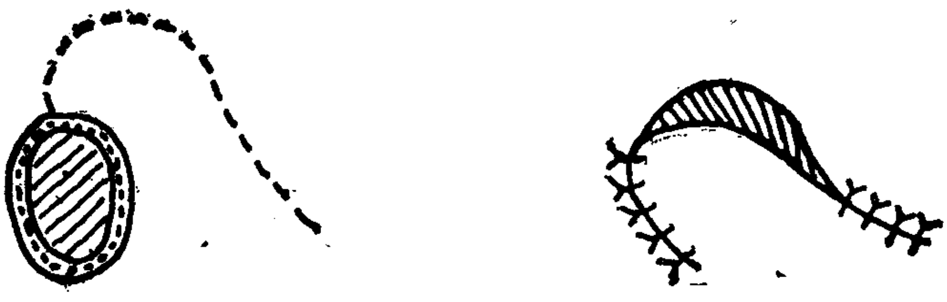


图 2-131　旋转皮瓣

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

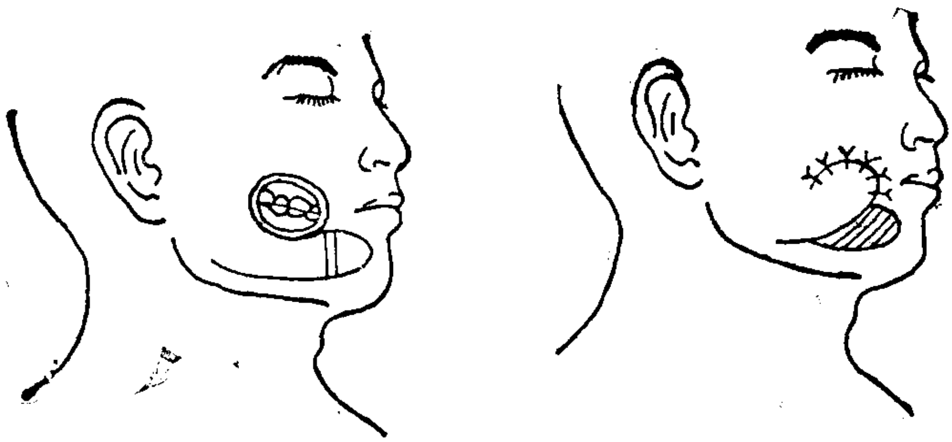


图 2-132　转移皮瓣修复创面

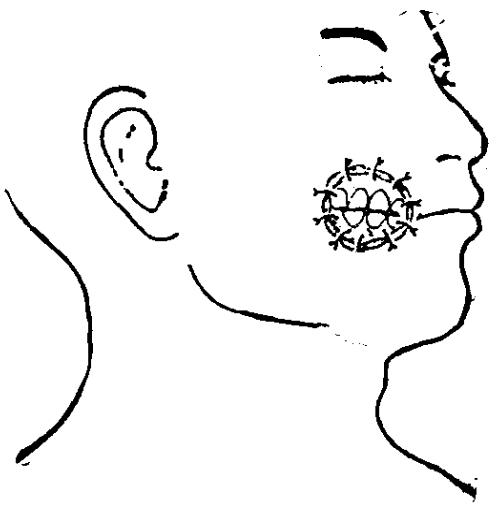


图 2-133　皮肤粘膜缝合

四、特殊部位撕裂伤的处理

（1）舌部组织较脆，缝合时易撕裂及脱落，故缝合时缝线宜粗，边距要大，打三重结。（2）唇部缺损较小，可切开唇颊沟，使周围组织游离后缝合。（3）唇部缺损较大，切不可勉强拉拢，否则可能造成畸形和功能障碍，可转移周围组织修复创面。

如上唇正中部位的缺损，一般可鼻翼外侧作半月形切口，切除半月形中的组织，再将残余的上唇全部游离，拉向缺损部位缝合(图2-134)。

下唇部位的大块缺损，可在下唇缺损部作矩形切除，矩形的底部在颏部，切成三角形，再在上唇的口角两侧作两个三角形切口，并切去三角形内皮肤与大部份肌层，保留粘膜，将此三角形向下边拉拢，形成下唇如口腔过小，可在三个月后作口角开大术(图2-135)。



图 2-134

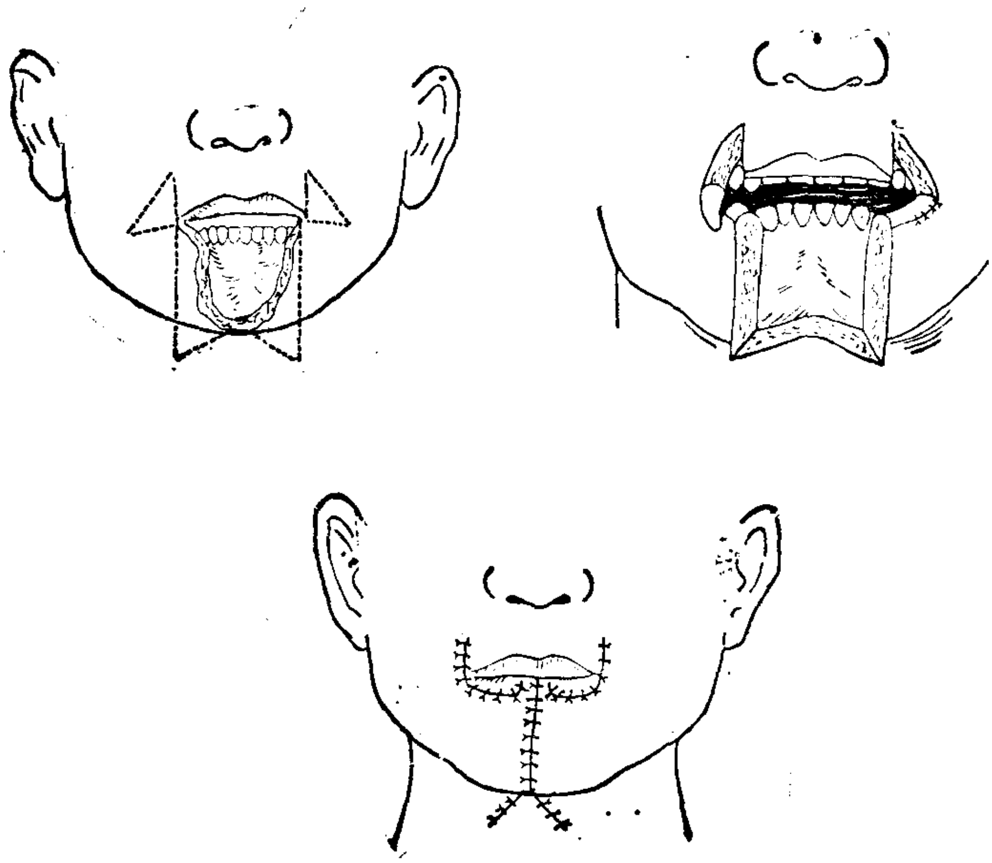


图 2-135

上下唇口角部位的缺损可用扇形瓣来修复，转移瓣的长度约等于缺损长度的1/2，而高度则相等，而蒂部必须和唇红缘有一定的距离，这样可以保留狭窄的蒂部唇动脉的血供，患侧在3个月后作口角开大术(图2-136)。

上下唇正中缺损也可用对侧唇部组织瓣来修复，转移瓣高度和唇部缺损高度相同，而宽度为其1/2，但蒂部和唇红缘须保持一定距离以免损伤唇动脉血供，三星期后断蒂，再修正上下唇红部(图2-137)。（4）软腭穿孔伤可

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

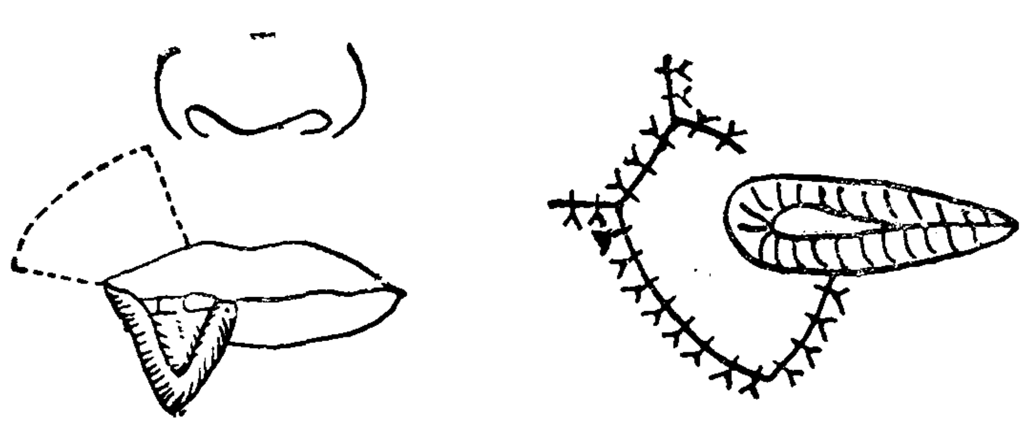


图 2-136

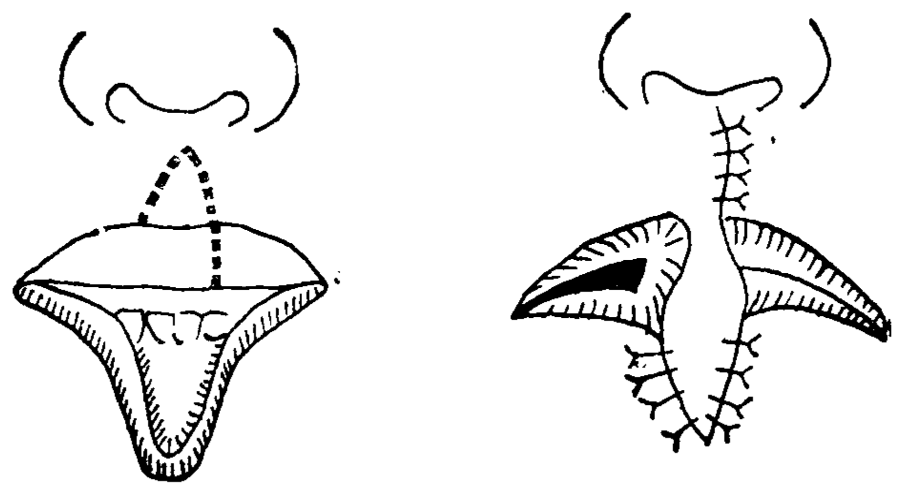


图 2-137

拉拢缝合，如硬腭穿孔和鼻腔相通，可在硬腭两侧，作松弛切口，潜行剥离粘骨膜瓣后拉拢缝合（图2-138），也可用粘骨膜瓣，作旋转瓣关闭穿孔（图2-139）。

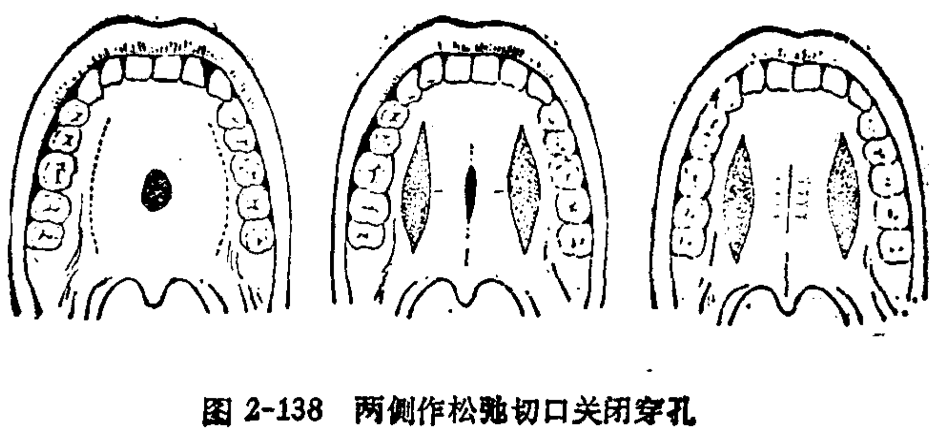


图 2-138 两侧作松弛切口关闭穿孔

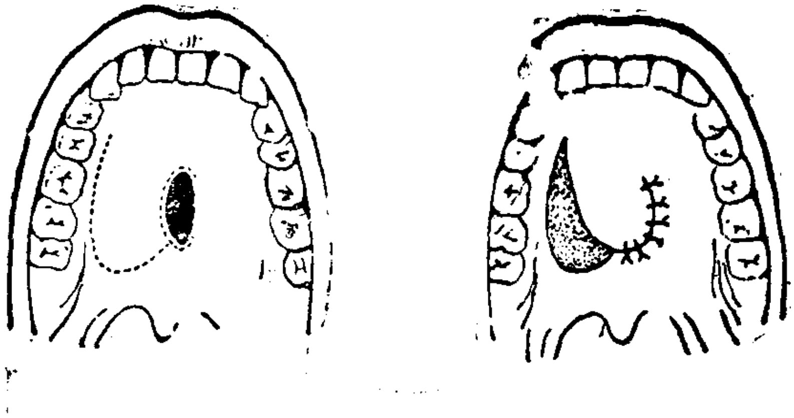


图 2-139　旋转粘骨膜瓣关闭穿孔

（5）颊部外伤，常伴有腮腺导管断裂，故需作导管吻合术，用消毒的细塑料管，一端削成斜面，从导管口插入穿至断端，然后找到导管的近心端，再插入塑料管，缝合腮腺导管，将塑料管固定于口腔内，一周后抽出塑料管。如腮腺导管缺损作导管再造术，手术方法是取颊部距形粘膜瓣，转移到伤口内，缝合成管状，插入塑料管，然后再插入残留的腮腺主导管，将再造的导管和残留的主导管缝合，一周后抽出塑料管。（6）腮腺腺体损伤时，如处理不当时容易形成涎瘘，故需早期严密缝合，并加压包扎，饭前半小时服阿托品，减少唾液分泌，同时进软食及无刺激性食物。

第九节　颌骨及颧骨骨折复位固定术

〔适应症〕

（1）上颌与头颅诸骨相互嵌联。上颌骨损伤时常常会并有颅脑的损伤。骨折的固定一般都要限制伤员的张口运动。因此固定手术必须等颅脑损伤症状完全解除，全身情况稳定以后才能进行。（2）上颌骨的血运丰富，骨折的愈合较快，一般在两星期左右即有纤维性愈合。因此复位及固定手术不宜拖延过迟。因错位愈合后再作复位手术就非常困难。一般应在受伤后10天以内进行。（3）颧骨骨折的主要症状是复视及张口受限。如果没有上述症状表示骨折移位不多，可以不作复位固定。（4）上下颌骨骨折大多数伴有牙龈撕裂，骨折端穿出牙龈及粘膜，亦即开放性骨折。骨折裂隙会被口涎及食物污染。所以必须及时将穿破的软组织严密缝合，复位及固定手术可缓期施行。

〔手术方法〕

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

一、颌骨骨折的复位手术

（一）手法复位术

（1）大多数颌骨骨折可以用手法复位，复位手术时比较疼痛，可在骨折线两端作浸润麻醉或传导麻醉。（2）下颌骨骨折术者以双手拇指各放于两骨折端的牙的咬合面上，其他手指握于下颌体。复位至咬𬌗关系正常为止。（3）上颌骨骨折，骨折移位多向下方下垂，术者用手指放在硬腭处上压即可复位。

（二）牵引复位法

（1）牵引复位用于外伤时间比较长的骨折，手法复位有困难时可采用牵引复位的方法。（2）在上下颌牙上作唇弓结扎。在骨折线处将唇弓剪断。（结扎方法参阅本章第七节　）（3）按照骨折移位的方向，在上下颌之间套上有弹力的橡皮圈。根据橡皮圈所产生的复位效果，每日调整橡皮圈的方向及拉力。直至咬𬌗关系正常为止。

（三）外科开放复位

（1）外科开放复位，用在骨折已有初步纤维性错位愈合者，在手法及牵引复位无效时可受用此法。（2）手术方法是切开骨折线两侧的软组织，暴露骨折线。用刮匙刮去骨折线中的纤维组织，重新造成新鲜骨折，使骨折端移动然后进行复位。

二、颌骨骨折固定术

（一）颌间结扎术

〔1〕环孔颌间结扎术

（1）此方法适用于骨折无明显移位，或新鲜的骨折能用手法复位不需要牵引者。（2）以直径0.2～0.3毫米的不锈钢丝，剪成约16厘米长。将其弯成对折，在对折处扭成一个小环，环的大小能从环内穿过两根同样粗细的钢丝即可。（3）结扎的牙以磨牙及双尖牙为好。每两个牙为一组。也可以三个牙为两组，中间的一个牙两组共用。以扭好环状丝的两端并在一起，由两个牙的间隙自颊侧穿至舌侧。将环留于牙间隙的颊侧，不要使其穿过（图2-140①）。（4）将环状丝的两端分开，一端自这一组牙的近中牙间隙的舌侧穿至颊侧，另一端自这一组牙的远中牙间隙穿出（图2-140②）。（5）再以两端中的一端穿过环孔，拉紧两端，相互扭结，此结的位置应该在

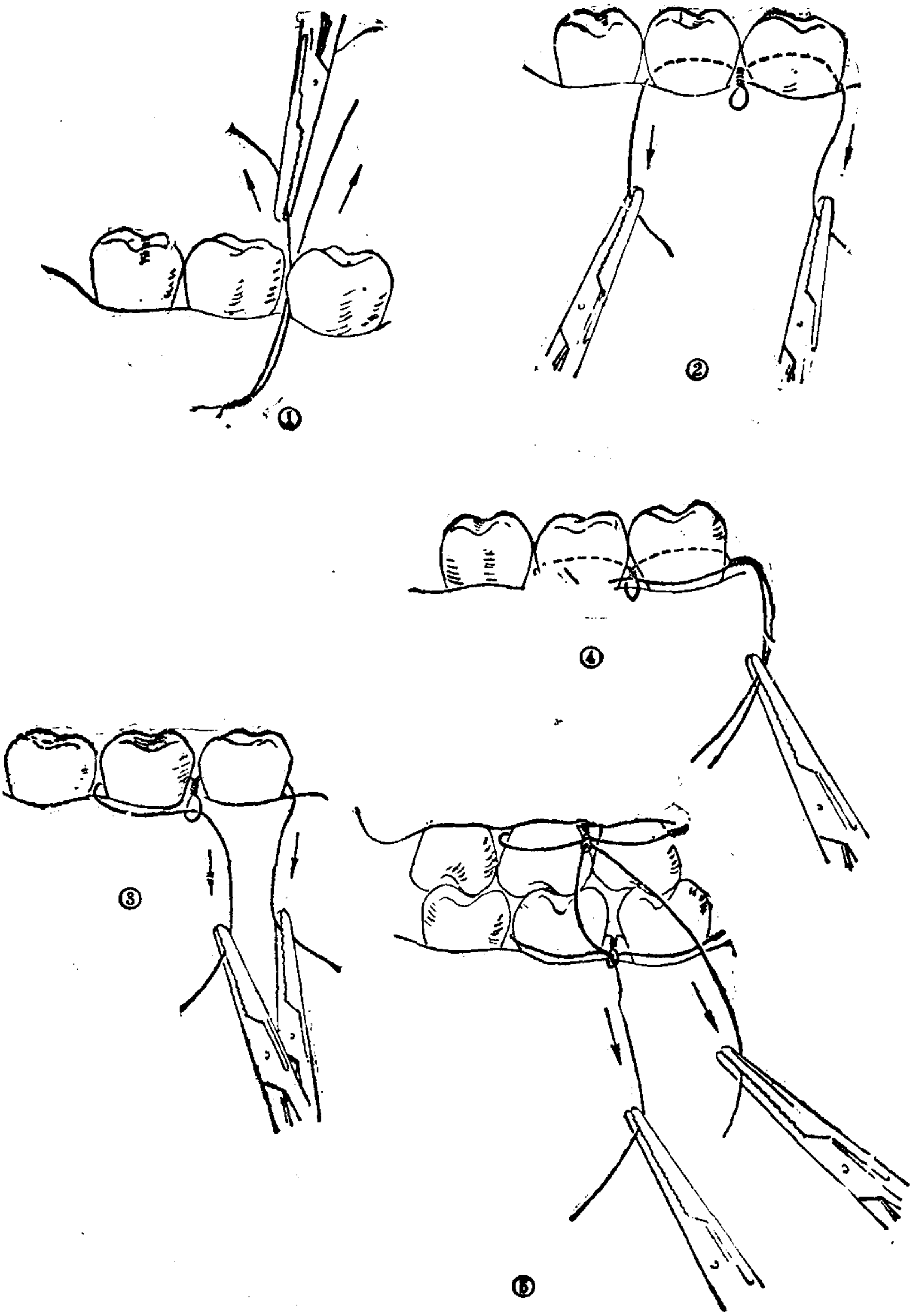


图 2-140①～⑤环孔颌间结扎

① 以不锈钢丝对折，扭成小环，自颊侧牙间隙穿至舌侧，②结扎丝两端在舌侧分开再穿出颊侧，③结扎丝一端自小环中穿出，④扭结，⑤作颌间结扎

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

牙间隙上，以便将其扭入牙间隙，防止刺伤粘膜(图2-140③，2-140④)，这一组牙即告结扎完成。（6）将上下颌全口能应用于结扎的牙都按照上法每两牙一组结扎好。（7）仔细检查复位后的咬合关系是否已恢复正常。如咬合关系已复位良好。嘱伤员作正中咬殆。再以同样粗细的不锈钢丝穿入上下颌相对的结扎环，拉紧扭结，作颌间结扎(图2-140⑤)。（8）如果作颌间结扎时需要牵拉移位的骨折片才能就位时，可在颌间结扎丝穿入上下颌小环以后在钢丝的两端各缠上一个便于牵拉的柄。嘱助手边牵拉边扭结。固定时间4～5星期。

〔2〕唇弓颌间结扎术

（1）唇弓颌间结扎多用于有明显骨折移位，需要牵引复位者。（2）唇弓有铝银合金制作的成品，也可以用0.1～0.2厘米直径的不锈钢丝自行弯制。每一弓上有6～8个挂钩(图2-141)。（3）以唇弓两根，剪成上

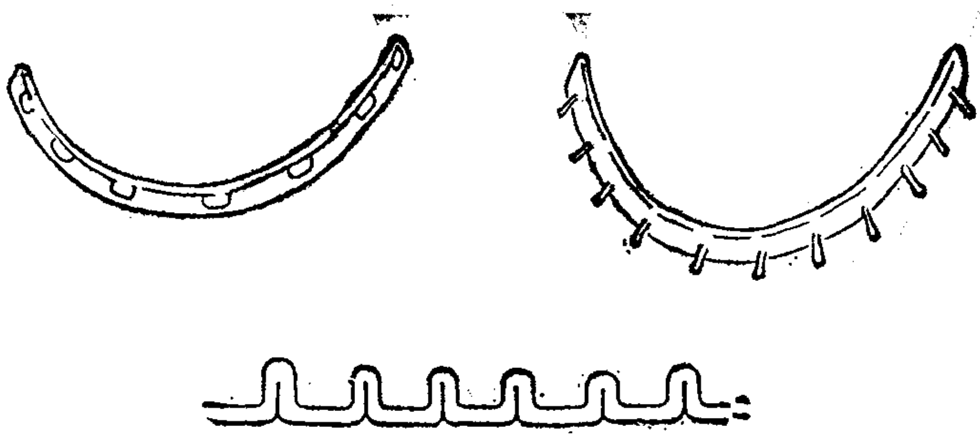


图2-141 成品及自制的唇弓

下颌牙弓的长度，再弯成牙弓的弧度，使其粘紧各牙的唇颊面(图2-142)。如能取一个工作模型，在模型弯曲唇弓就更为方便。（4）唇弓制备完毕后，以0.1～0.2毫米的不锈钢丝，将唇弓结扎于每个牙的唇颊面。上下颌唇弓的钩要在相反的方向(图2-143)。（5）上下颌唇弓结扎完毕后，如果骨折需要牵引复位，可在骨折线处将唇弓剪断，分别结扎。然后在上下颌唇弓钩上拉上橡皮圈。橡皮圈可选用适当粗细的橡皮管，以刀片切成1～2毫米厚的小圈。橡皮圈套在上下颌唇弓

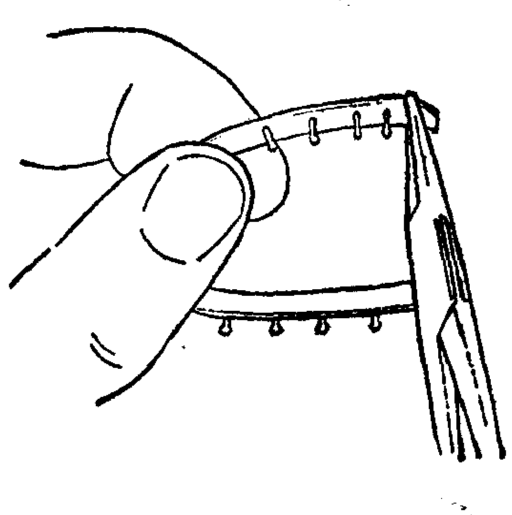


图2-142 制备唇弓

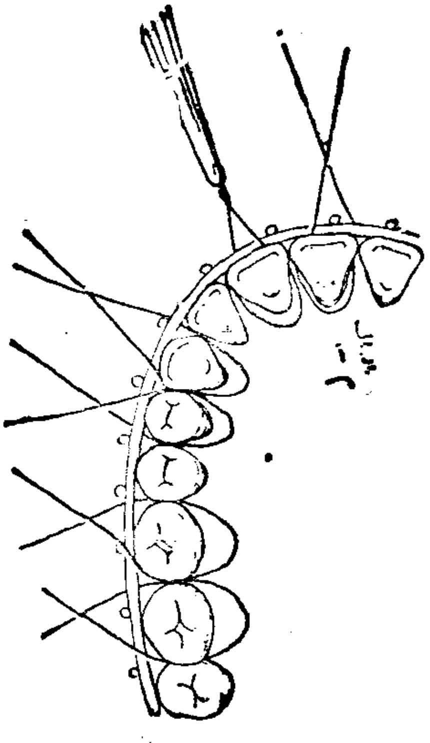


图 2-143　结扎唇弓

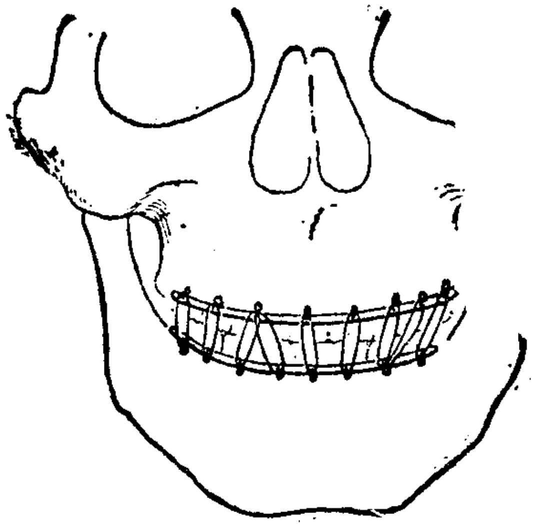


图 2-144　唇弓颌间固定

的钩上可以直套，是将骨折片向上下方向牵引。也可以斜套，使骨折端向橡皮圈倾斜的方向牵引。也可以将橡皮圈套在较远的钩上，这样就增强了拉力。（6）每天调整橡皮圈的拉力及方向，直至牙的咬𬌗关系完全恢复正常，取下橡皮圈，换上不锈钢丝，作上下颌唇弓颌间结扎（图2-144）。（7）唇弓颌间固定的时间4～5星期。

（二）颌骨骨折夹板骨周固定术

（1）这种固定方法多用于缺牙的颌骨骨折，儿童乳牙期的颌骨骨折，或者粉碎性颌骨骨折。缺牙或乳牙不能进行颌间结扎者。操作简便，不需要切开组织，固定稳固，固定期间不需限制张口。（2）固定以前如果伤员有全口托牙，可以利用托牙作为夹板，在托牙上钻几个洞即可应用。如果没有托牙则需在骨折初步复位后取下牙槽嵴的模型，制作塑料夹板。（3）准备一个较粗的注射针作为引针，针的粗细为能够穿过0.2～0.3毫米直径的不锈钢丝即可。将注射针的针柄切去。结扎时在颏骨或下颌骨下缘的外侧皮肤上作小切口，切口的长短以能插入注射针即可。将注射针插入此切口，沿下颌骨外侧穿入自唇沟或颊沟粘膜穿出。然后将不锈钢丝穿入此引针，一端自口腔内引出。（4）插出引针。再以此引针自同切口处插入，沿下颌骨舌侧穿入口腔，自舌沟处穿出。再以不锈钢丝的口外端穿入引针，自舌沟处引入口内穿出。（5）用两把止血钳，拉紧不锈钢丝的两端。使钢丝紧密

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

环绕颌骨。将夹板放于牙槽嵴上，钢丝两端环绕夹板，扭紧，扭结。（6）如夹板系用伤员的托牙。可将不锈钢丝一端穿过打好的洞，再扭紧，扭结。（7）同样的结扎一般作两道即够，粉碎骨折可作三道或四道。

三、下颌骨骨折复位固定术

（一）髁状突骨折复位固定术

（1）髁状突骨折可为单侧，也可能双侧。折断的髁状突被翼外肌拉向上前方。下颌枝受咀肌及颞肌，翼内肌的牵拉向上方移位，形成前牙的开𬌗，或咬𬌗错位。（2）复位手术必须矫治开𬌗。手法复位如不能成功，则需结扎上下颌唇弓。在两侧磨牙区垫一块橡皮垫，以橡皮圈垂直悬挂。当开𬌗纠正以后，立即用不锈钢丝作唇弓颌间结扎。（3）颌间结扎应在2个星期拆除。嘱伤员练习张口。唇弓暂不要拆除。在练习张口运动时如发现有咬𬌗错位，可再进行一段时间的颌间结扎。每次结扎时间不应超过2星期否则会影响张口度。（4）全口缺牙，或者咬𬌗关系无明显错乱的伤员，可以戴吊帽固定。全口缺牙的伤员如有全口托牙，可将上下颌托牙连在一起作为夹板。如无托牙，则需临时制作一个类似全口托牙的夹板，以保持垂直距离。（5）制作吊帽的方法是以布条缝一十字形的帽。再在颏部缝一布托。吊帽与布托之间吊两根有弹性的橡皮带。橡皮带与面颊部之间塞纱布卷，以增加橡皮带的弹力，并防止损伤面部皮肤(图2-145)。

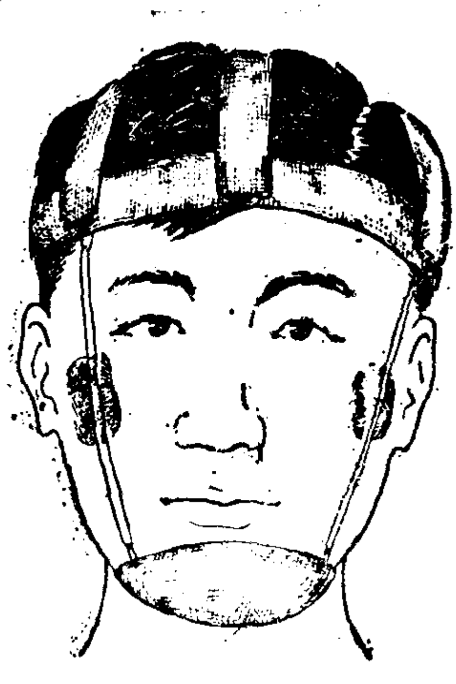


图2-145
髁状突骨折，吊帽固定

（二）下颌骨体部骨折固定术

（1）下颌骨体部骨折是指自尖牙至下颌枝前缘这一部位的骨体部骨折。（2）颌间结扎是固定的最有效方法。（3）无牙的下颌骨可用骨周固定的方法。

（三）下颌角部骨折固定术

（1）下颌角部骨折是指下颌体与下颌升枝之间发生骨折。亦即咀肌附着部分。骨折线常在阻生第三磨牙的牙槽窝上。骨折移位多为下颌支被咀肌及翼内肌的牵移向上内方。下颌体部受颌下肌群的牵引移向下方。如骨

折线的方向是自远中斜向近中下方，则两骨折段相互牵制，移位较少或不移位。（2）骨折线在第三磨牙牙槽窝上，如阻生牙已非常松动，有并发继发感染可能，应将其拔除。否则阻生牙有利于骨折的固定，可以保留。（3）下颌角部骨折最有效的固定方法是颌间结扎。保持咬殆关系的正常。骨折的下颌枝因有提下颌肌的牵引，可自动紧贴下颌体部。能够愈合。即使有错位愈合，对功能及外形均无影响。

（四）颏部骨折的固定方法

（1）颏部骨折是指自一侧尖牙的远中至对侧尖牙远中，这一部位的下颌骨骨折。颏部骨折常由于颌下肌群的牵拉，使两骨折端上下及前后错位，有时相互重叠，使颌弓缩小。（2）颏部骨折，口底肌肉特别是颏舌肌的支点消失，使舌部后缩，伤员呼吸困难，甚至发生窒息。应及时将舌拉出，用针线在舌尖部悬吊一针，再以别针别于衣服上，以保持伤员呼吸的通畅。（3）颏部骨折的固定方法可以作颌间结扎固定。移位较多的可以分段结扎唇弓，用橡皮圈牵拉复位。复位后改用唇弓颌间结扎。（4）下颌前牙缺失的伤员，骨周固定是有效的固定方法。

（五）下颌升支部骨折的固定方法

（1）下颌升支部骨折是指第三磨牙远中至下颌升支后缘，上至乙状切迹的矩形部分（2）颌间结扎是最有效的固定方法。缺牙的伤员可以上下颌托牙连在一起作为夹板，外戴吊帽固定。无托牙的缺牙伤员，可在上下颌牙槽嵴上作一上下颌连在一起的夹板，再戴吊帽固定。

四、上颌骨骨折复位固定术

（一）上颌骨骨折的临时固定方法

（1）上颌骨血运丰富，外伤后出血较多。在复位固定以前，或在运输过程中，由于断骨的松动，或骨锐缘刺伤周围血管，有引起大出血的可能，因此应该先作临时固定。（2）临时固定的方法是：以一根筷子或压舌板大小，横在一侧与对侧双尖牙之间，使两端自口角处伸出。再以绷带包扎头部，并以两根带子或绳子以别针悬吊头部的绷带上（图2-146）。

（二）上颌骨骨折的颌间结扎吊帽固定方法

（1）上颌骨骨扎复位后，作颌间结扎，即以下颌牙列作为支架，使上颌牙有良好的咬殆关系。（2）颌间结扎作好以后，必须防止下颌作张口运动并使下颌牙上推，因此颌间结扎以后必须戴吊帽固定。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（三）上颌骨骨折夹板加吊帽固定方法

（1）全口缺牙或缺牙较多的上颌骨骨折伤员，可以制作一个塑料上颌托板，托板前方相当于口角处固定两个钢丝钩，使其自口角处穿出口外。（2）制作一个吊帽，在吊帽上悬挂两条布带，垂至口角处将托板戴入上颌，托板上的两钩固定于布带上(图2—147)。

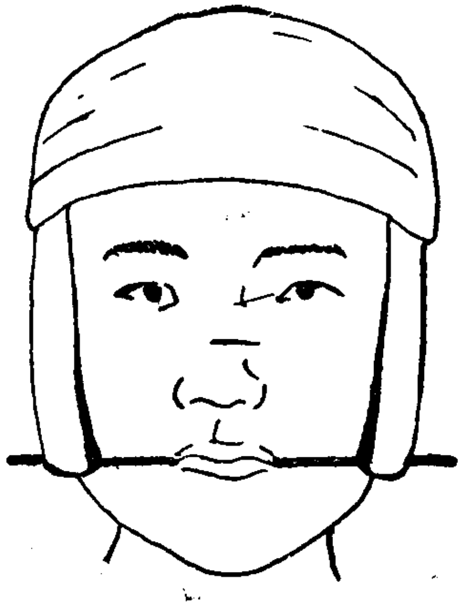
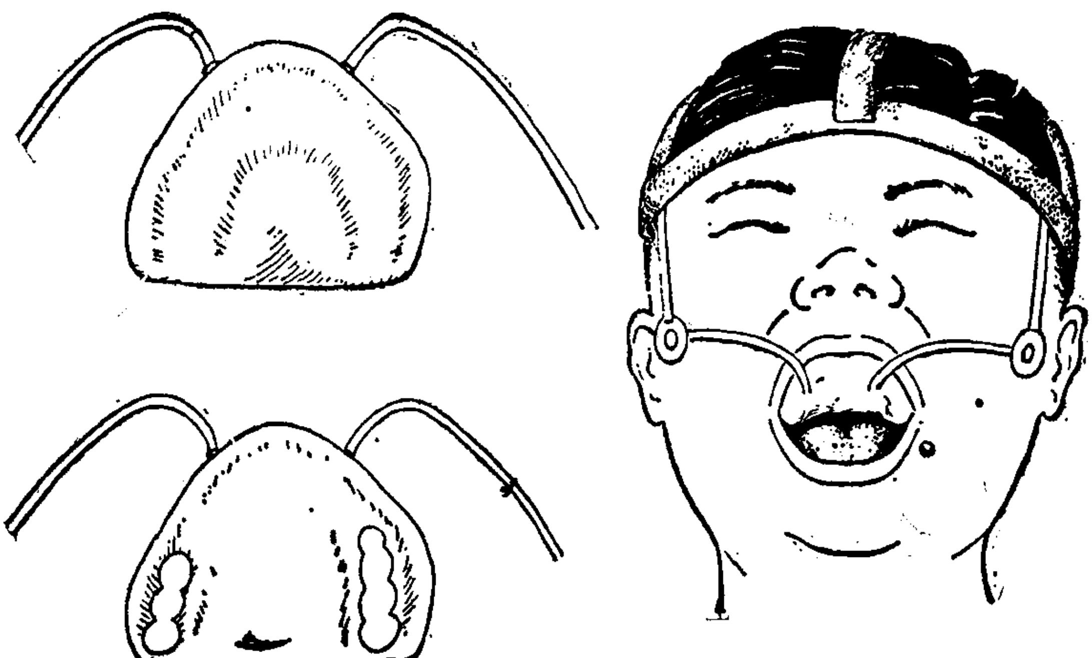


图 2-146
上颌骨骨折的临时固定



①　②

图 2-147①②
夹板加吊帽固定上颌骨骨折，①夹板，②夹板固定于吊帽上

五、颧骨及颧弓骨折复位及固定术

（一）颧弓骨折复位固定术

（1）颧弓骨折的复位固定术的最适宜手术时间是在损伤后的7～10天，因为手术过早复位后骨折端又可能回复到骨折时的位置。而且面颊部的

肿胀未消退，难以找到复位的标准。7～10天的时间骨折已有初步纤维性愈合。此时复位不易发生再度移位。（2）切口在上颌第一磨牙的颊沟处，延至颧牙槽嵴的后方。（3）以止血钳插入切口，纯剥离，到达颧弓的下方。（4）再以较粗的纯器械如骨膜分离器，沿已剥离的途径插入，到达骨折端的下方。用手指扪在骨折区的面颊皮肤上可以感觉到器械插入的位置。（5）在磨牙的颊面垫一纱布球，以磨牙作为支点，用杠杆作用将凹陷的骨片挺起（图2-148）。（6）在挺动过程中术者左手指始终扪在骨折

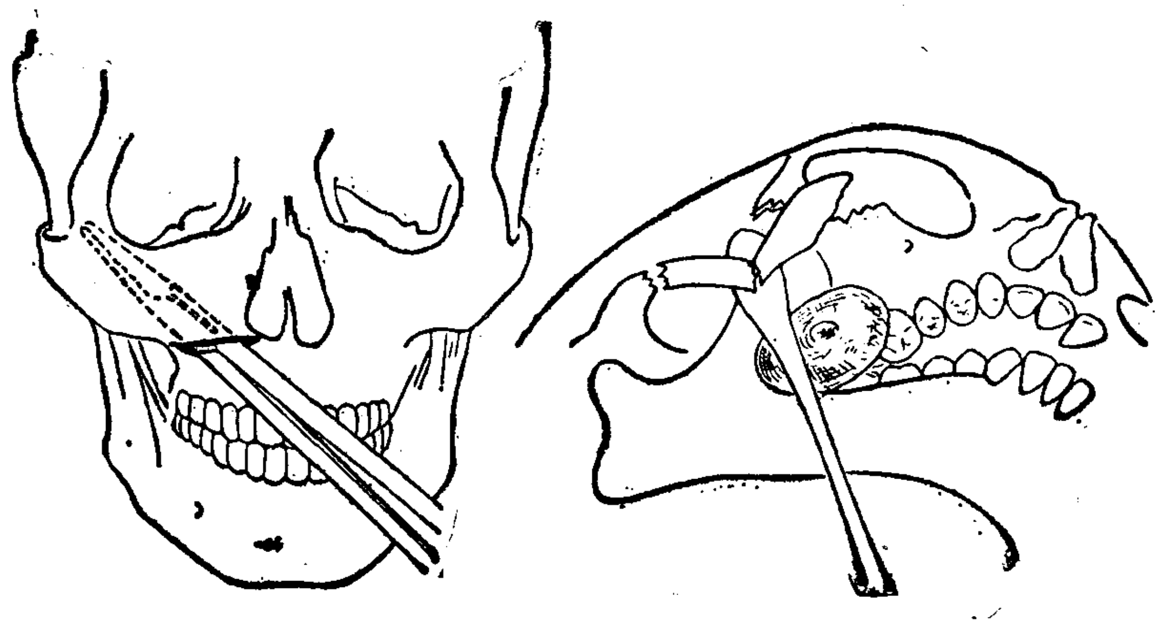


图 2-148

颧弓骨折口内途径复位法，①在上颌第一磨牙颊沟处作切口，②将骨折片挺起

区的皮肤上，用于感觉骨折是否已经复位，或是否复位过度。复位时也可能听到骨折端接触的响声，同时可见骨折区的凹陷消失。有张口受限的伤员张口度当时即能改善或恢复正常。（7）缝合颊沟处的切口，嘱患者洗面时要轻，睡眠时不宜转向患侧。5天后拆线。（8）如果复位后骨折端又弹回骨折的位置。可在切口内填碘仿纱条于骨折区的下方。2～3天后抽出纱条。切口可以不作缝合，或作部分缝合。

（二）颧骨骨折复位固定手术

（1）颧骨骨折骨折线多在眶外缘，眶下缘，颧弓，以及上颌窦的前外壁。（2）颧骨骨折移位小，可以不作复位及固定，或仅将颧弓复位即可。如作复位手术，手术方法与颧弓复位相似，不过复位器械要插在颧弓的近中根部，这样才能将颧弓及颧骨一起复位。（3）移位较多的颧骨骨折则必须开放复位及骨缝结扎术。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

[手术应注意事项]

（1）颌骨骨折，尤其是上颌骨骨折，应非常注意排除颅脑的损伤，颅脑损伤的主要症状是：呕吐、昏迷、瞳孔散大，耳道出血等。在颅脑损伤没有控制以前不宜作颌骨复位及固定手术。（2）颌间结扎以后，伤员饮食困难。最先可以训练伤员用玻璃管吸吮有营养的流质自磨牙后区进入口腔。逐渐可以吃半流质。骨折愈合期间，营养是很重要的。（3）颌骨骨折复位的最主要标准是咬殆关系是否正常。咬殆关系正常即表示复位良好。在愈合期间不需摄片检查。只要核对咬殆关系即可。

第十节　囊肿手术

【适应症】

（1）凡颌骨有膨胀，X线显示颌骨有囊性透射性阴影，或者经过穿刺检查吸出囊液，镜下或肉眼检查有胆固醇结晶者可作囊肿摘除手术。（2）颌骨囊肿并发感染时，应先作切开引流或拔除应拔的牙齿，以防术后骨腔发生感染。切开引流的切口应与手术切口一致，以防术后严密缝合困难。切忌在腭侧作切开引流。即使腭侧硬口盖上有隆起或已有波动，切口仍应在唇颊侧或者拔牙引流。因腭侧牙龈比较坚韧，切开后瘘管难愈合。使手术严密缝合发生困难。（3）术前应明确囊肿的范围，确定应拔牙的数目及部位。估计能保留的牙如已被囊肿波及应先作好根管治疗及根管充填。（4）巨大的颌骨囊肿，波及邻近重要器官，或术中术后可能造成骨折者，可以先采用袋形手术方法，等囊肿缩小后再作摘除手术。

[手术方法]

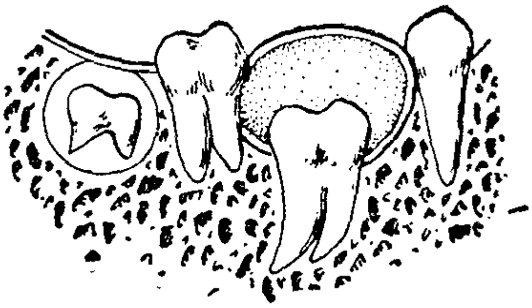
一、颌骨囊肿手术

（一）颌骨囊肿袋形手术方法

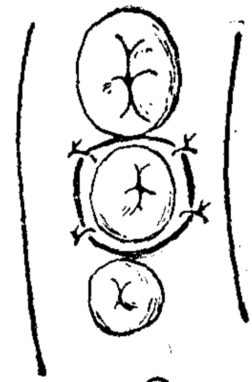
【1】萌牙期囊肿手术方法

（1）萌牙期囊肿手术多采用袋形手术方法，这种手术方法术后可以保留未萌出的牙齿，使其继续萌出。手术是将囊肿表面的组织及表面囊膜部分切除，使囊液全部排除，使囊腔底部囊膜上皮成为口腔粘膜上皮的一部分。方法简便，术后骨组织有囊膜上皮覆盖，可以避免发生感染。（2）将囊肿的顶部包括粘膜，骨膜，骨板一起切除，排出囊液。（3）将残留的囊壁外翻，与周围牙龈创面缝在一起(图2-149)。

【2】巨大颌骨囊肿袋形手术方法



①



②

图 2-149

萌牙期囊肿袋形手术，①萌牙期囊肿，②术后

（1）术前先制作一个塑料两端较大，中心为管形的导管备用。（2）手术时将囊肿接近龈沟处表面粘膜，骨板及囊壁切去一个洞，以吸引器或空注射器接上一段导尿橡皮管，将囊腔内囊液吸净，并以生理食盐水反复冲洗囊腔。（3）以制好的塑料管长期插入洞内，目的是防止洞口自行愈合。并能通过此塑料管插入冲洗管及吸引管，便于长期冲洗。如此塑料管固位不佳时，可用不锈钢丝固定于邻近牙上，以防落入囊腔或脱落（4）以后每日冲洗囊腔，日久可每隔 1～2 日冲洗一次。冲洗后可注入少量抗菌药物。经过 2～3 个月冲洗，囊腔可有明显缩小。考虑作囊肿摘除手术(图 2-150，2-151)。

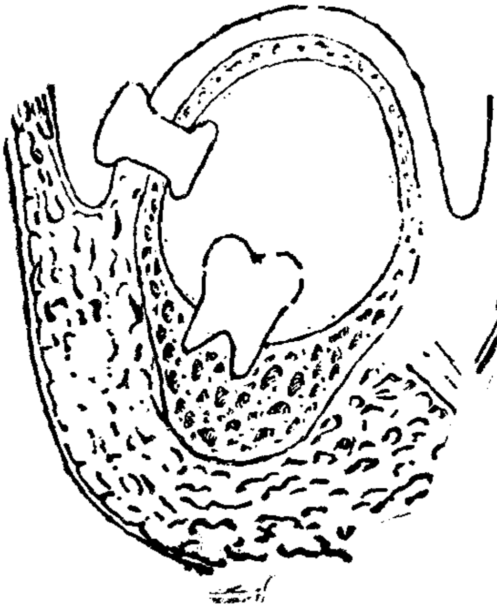


图 2-150

下颌骨囊肿袋形手术，插入导管

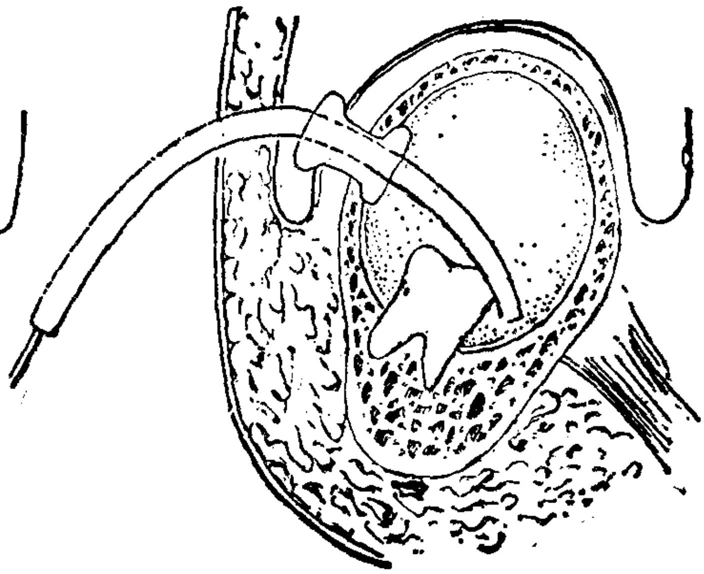


图 2-151

囊肿冲洗

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（二）囊肿摘除手术方法

【1】颌骨囊肿摘除，骨腔一期缝合手术

这种手术是在囊肿摘除以后，龈瓣严密缝合，骨腔令其自行愈合。手术一次完成，伤口一期愈合。不需要长期冲洗换药。

（1）切口：①颌骨囊肿一期缝合，切口的方法、位置及范围是手术成功及失败的关键，无论腭舌侧有无隆起，切口都不应作在腭侧或舌侧。②切口应在囊肿的唇颊侧作梯形切口，切口的范围应超出囊肿范围 0.5～1 厘米，这样在龈瓣复位后有一定宽度的骨组织作为支架，可避免伤口的裂开。③横切口应沿牙龈缘剥离，而不作横切口。因为横切口距牙龈缘近时切断的牙龈乳头容易坏死。而且这种横切口对消除牙槽窝有困难，难于达到一期缝合的目的。除非囊肿范围较小，位置较高，又肯定不需要拔牙者可以在牙龈缘 0.5 厘米以上处作横切口（图 2 -152，2 -153）。（2）刮除囊壁：①沿切口，

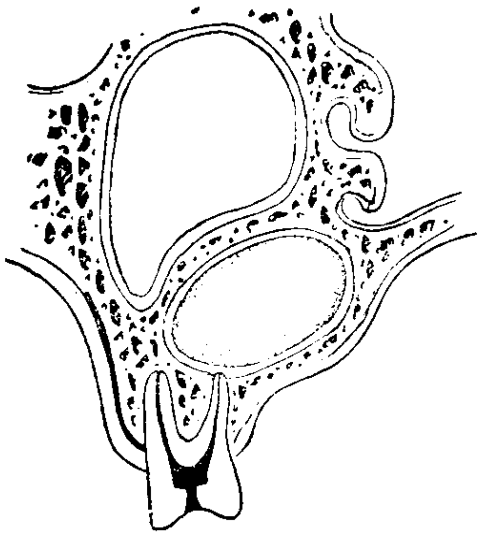
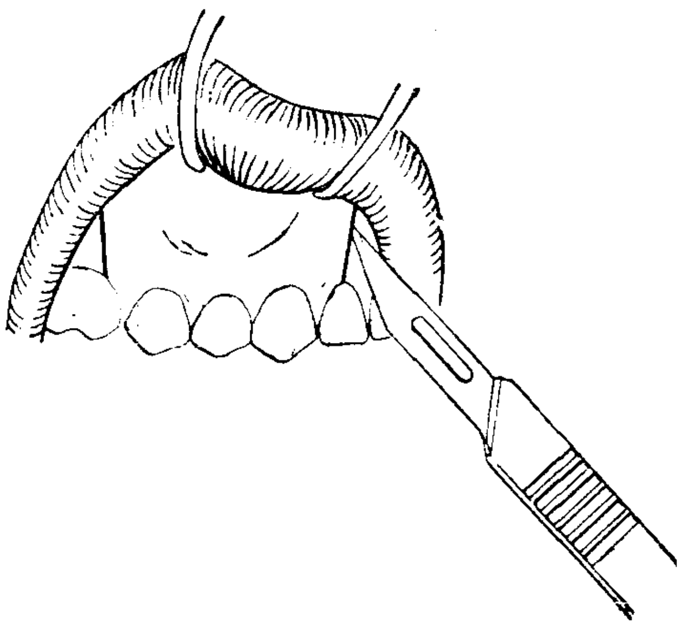


图 2-152 上颌骨囊肿



2-153 切口

用骨膜分离器将粘骨膜瓣翻开，多数囊肿的中心部分已穿破唇颊侧骨板，囊壁与粘骨膜粘连应小心加以剥离。②未穿破骨板的囊肿，在翻开龈瓣暴露骨面以后，用骨凿将中心部分凿出一个洞，再以骨膜分离器插入骨板及囊壁之间，将洞周围的囊壁剥离，再以骨钳将洞扩大。③囊壁一般很难完整剥离。特别是根尖囊肿，囊壁与根尖相连，剥离至根尖时都要穿破囊壁，排出囊液。为了保证囊壁能剥离干净。应尽可能完整剥离，直至最后再使囊壁破裂。用吸引器吸出囊液。以组织钳钳紧已剥离的囊壁，再继续剥离。④仔细检查有否残留的囊壁，有的残留囊壁粘连在粘骨膜瓣上应仔细剥离。怀疑有囊壁残

留，但又因为位置的关系，或者与重要组织粘连，可以用浓石碳酸或硝酸银烧灼。⑤囊壁很薄剥离困难的囊肿很可能是角化囊肿，复发率很高。囊壁更应彻底刮除，刮除困难时亦应以药物烧灼(图 2 -154)。（3）处理牙槽窝：①拔除病灶牙，被囊肿波及的牙及含牙，以骨钳或骨凿将牙槽窝的唇颊侧骨板及中隔全部剪除。②这个步骤的目的一是延长唇颊侧龈瓣的长度，便于在没有张力的情况下，能与腭侧牙龈严密缝合。二是使龈瓣复位后紧粘于舌腭侧骨板，使其愈合于舌腭侧骨上，以消灭由牙槽窝形成的口腔与骨腔的通路(图 2 -155)。（4）清理骨腔及修整龈瓣：①用生理食盐水清洗骨腔，再次

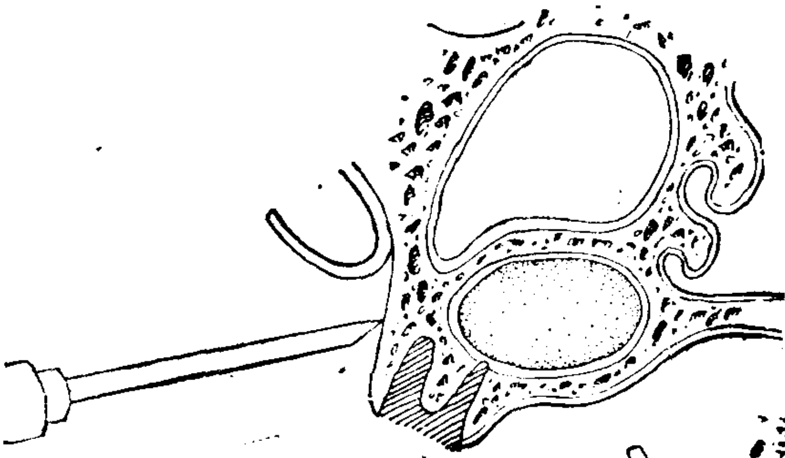


图 2-154
颌骨囊肿凿去颊侧骨板

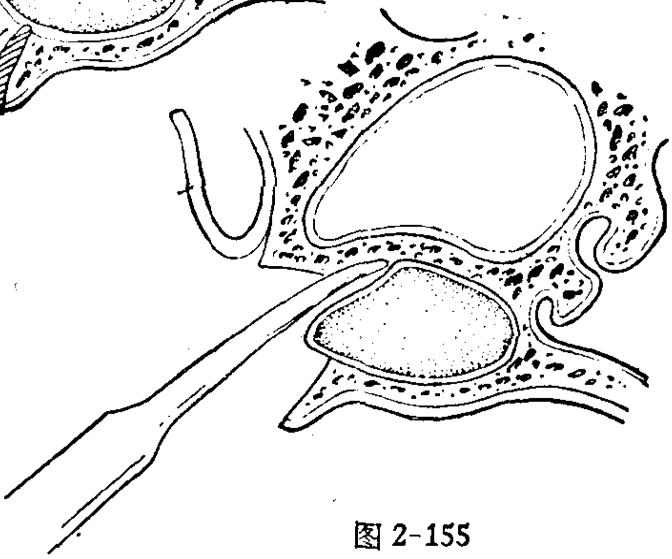


图 2-155
刮除囊壁

检查有无残留的囊壁。②骨腔表面的出血点，应很好的止血，一般用温生理食盐水纱布压迫能止血。较大的出血点可以用骨蜡涂抹，涂骨蜡时应先找到出血点，用尖锐的器械刺入出血点的骨面，再用刮匙将骨蜡加压抹在出血点的洞内。骨腔没有很好的止血，龈瓣缝合以后，能造成血肿，使伤口裂开或继发感染。③骨腔清理完毕以后将龈瓣上及舌腭侧牙龈乳头全部切去或剪去。使龈瓣缝合时与舌腭侧牙龈有更多的接触，增加了愈合的可能。④将骨腔的边缘尽可能用骨钳剪成斜面，亦即所谓碟形手术，以减低骨腔的深度。这一步骤对下颌骨囊肿更为重要。如果舌腭侧牙龈乳头剪去后牙龈长度与舌腭侧骨板相齐时，可将牙龈与骨面剥开少许，剪去少量骨板，以增加牙龈的长

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

度。（4）骨腔填塞：①骨腔清理完毕以后开始骨腔填塞。骨腔填塞的目的一是防止术后出血及血肿，二是防止骨腔内有大量血块凝结，血块中心因营养不良发生坏死，液化及感染。②目前骨腔填塞的材料有多种：碘仿纱条、自体碎骨、异体脱钙骨浆，异体生物降解骨，明胶海棉，石膏等。但根据实验结果，仍以碘仿纱条为最佳。③为了抽出填塞纱条后不致形成漏孔，碘仿纱条应采用细长的纱条，而且中间不可有结头，以免抽出困难。填塞时以纱条的一端，自骨腔的深部后部开始，向浅部前部有次序的填塞。填塞宜稍紧一些并应全部填满使其产生压迫作用。纱条的另一端自颊沟处引出，亦即自垂直切口最顶端引出，使露于切口外 0.5～1 厘米即够。剪断纱条。④如果纱条的暴露有缩入骨腔或脱出的可能。可将纱条缝于周围粘膜上（图 2 -156）。

（5）缝合龈瓣：①龈瓣复位缝合，也是伤口能否一期愈合的关键性步骤。龈瓣复位时仔细检查与舌腭侧牙龈能否紧密接触，如果张力过大，应将龈瓣的基部向深部剪开，以增加龈瓣的长度，直至张力适宜为止。②缝合时应首先缝合龈瓣与舌侧牙龈。用 1—0 号丝线作褥式缝合，以增加创面的接触，再以 3—0 丝线作间断缝合。③近远中的垂直切口，如果张力不大，能拉拢作间断缝合则更佳，如果切口的两缘因张力过大不能接触，亦不必过于勉强，即使有骨面暴露的缝隙，因缝隙的深部是正常骨组织而不是骨腔，此缝隙能愈合良好。④缝合时应注意勿将纱条缝于龈瓣上，因为龈瓣拆线要在 10 天以后，而抽引流条在术后第二天即开始。如果纱条误缝在龈瓣上，则抽纱条时必需将缝线部分拆除，这样就会造成伤口的裂开（图 2 -157）。（6）术后处理：①术后在面颊部皮肤上，相当于手术部位，加压包扎，以防水肿及术后出血，给

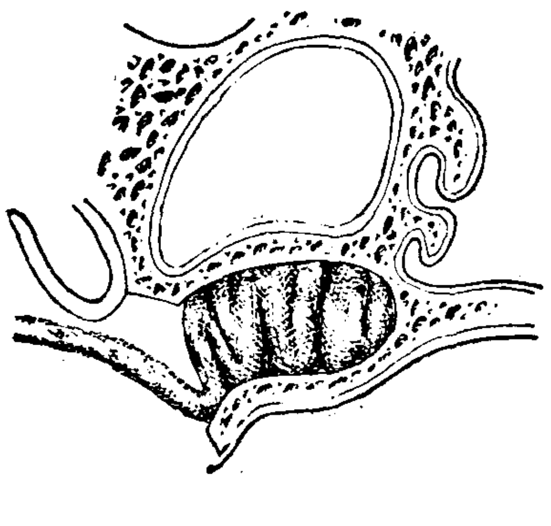


图 2-156
颌骨囊肿，骨腔用碘仿纱条填塞

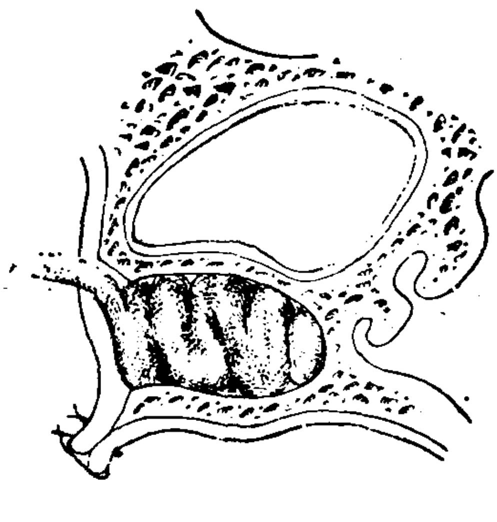


图 2-157
囊腔纱布填塞缝合龈瓣

以适量的抗菌药物，及冷敷。②术后48小时，去除加压包扎，冲洗创面。抽出纱条全长的1/3，次日再抽出1/3，最后于术后5日全部抽完。10日拆线(图2-158)。

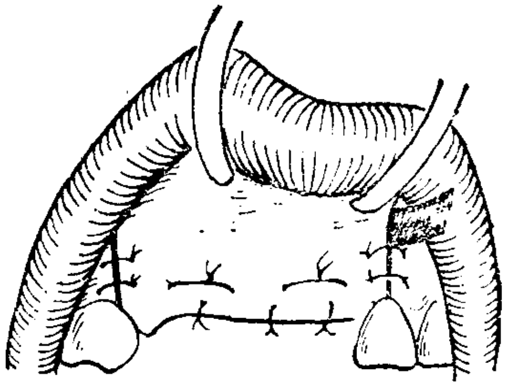


图 2-158
颌骨囊肿龈瓣缝合引流条自颊沟引出

【2】颌骨囊肿摘除开放填塞手术方法

（1）颌骨囊肿摘除开放填塞，是在囊肿摘除后，骨腔不作严密缝合，以油纱布填塞，使牙龈逐渐长入骨腔之内而愈合。常用于囊肿有严重感染，或已继发骨髓炎者，或者囊壁不可能刮净者。（2）这种手术方法的优点是手术简便，引流通畅，骨腔经常冲洗，不致发生血肿及继发感染，如果有残留囊壁不致愈合于骨腔之内使囊肿复发。缺点是愈合时间长，必须长期冲洗更换敷料。上颌囊肿愈合时间长达数月，或成为永久性骨缺损畸形。囊肿与上颌窦或鼻腔穿通者不宜采用这种手术方法。（3）手术方法是：横切口沿牙龈缘剥离或切开，纵切口沿囊肿范围作梯形切口。剥离龈瓣，拔除病灶牙及被囊肿波及的牙。剪去唇颊侧骨板，刮去囊壁及炎性组织，如有含牙，拔去含牙。以生理食盐水冲洗骨腔，再将骨板上的锐缘尖平，并剪成斜面。将龈瓣拉至骨腔的底部，使覆盖部分骨腔，最后以油纱布填塞(图2-159，2-160，2-161，2-162)。

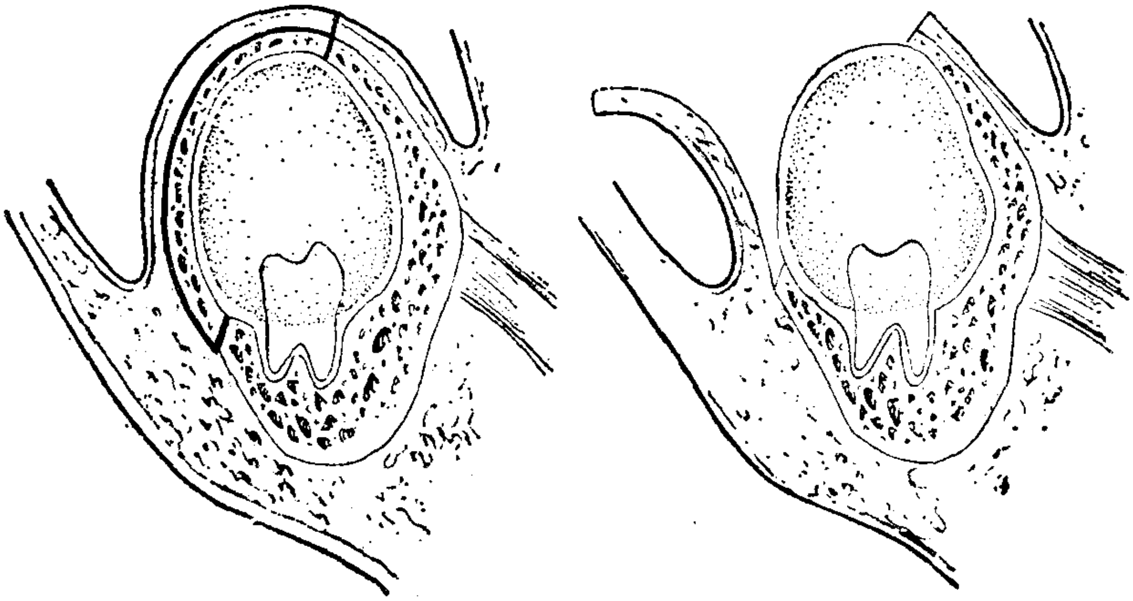


图 2-159　图 2-160
下颌骨囊肿开放填塞手术

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

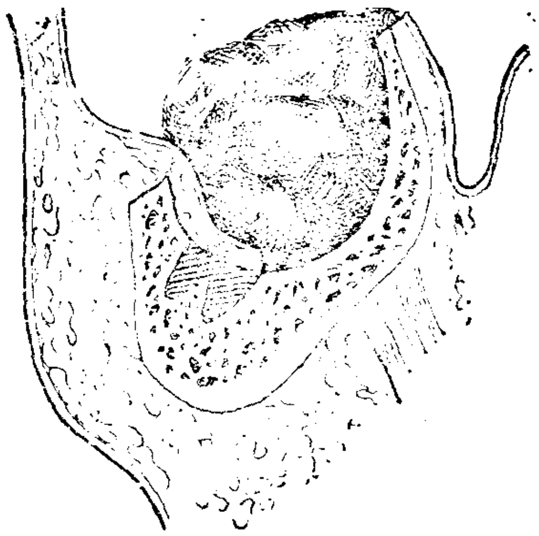


图 2-161
下颌骨囊肿开放填塞手术

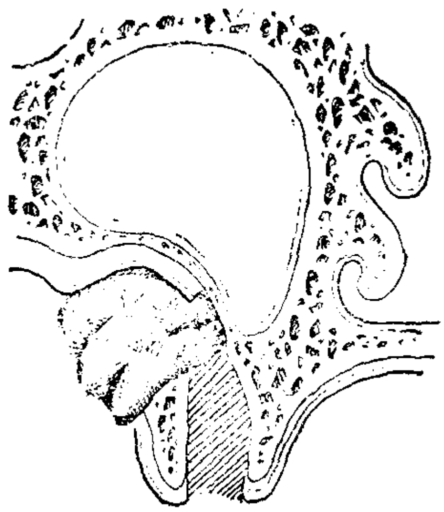


图 2-162
上颌骨囊肿开放填塞

【3】切牙孔囊肿手术方法

（1）切牙孔囊肿发生于切牙孔，位于硬腭正中切牙孔区，因囊肿表面无骨组织覆盖，扪之质软有波动感。多数范围较小，不波及前牙。（2）手术方法是：自一侧尖牙至对侧尖牙腭侧沿牙龈缘剥离，翻开龈瓣，将囊壁彻底刮除。剥离时囊壁常不能与鼻腭神经相区分，可不考虑鼻腭神经的存留，而连同粘连的壁一起剪除。术后不久神经即能自行恢复。（3）龈瓣复位，与唇侧牙龈乳头作间断缝合，不需要填塞及引流。5～7天拆线（图 2-163，2-164，2-165，2-166）。

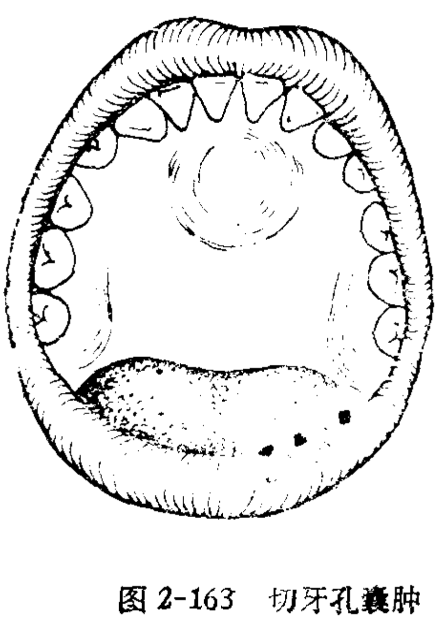


图 2-163　切牙孔囊肿

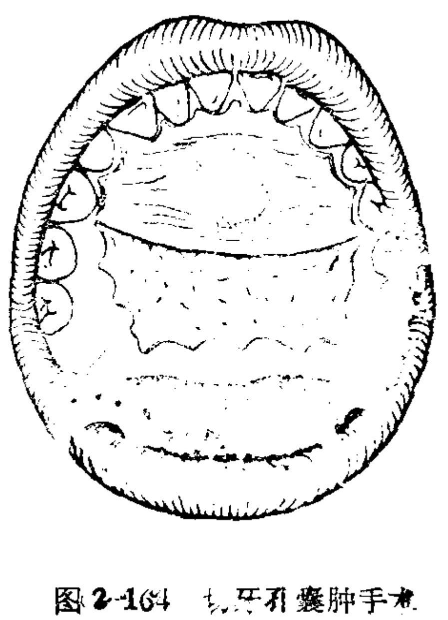


图 2-164　切牙孔囊肿手术

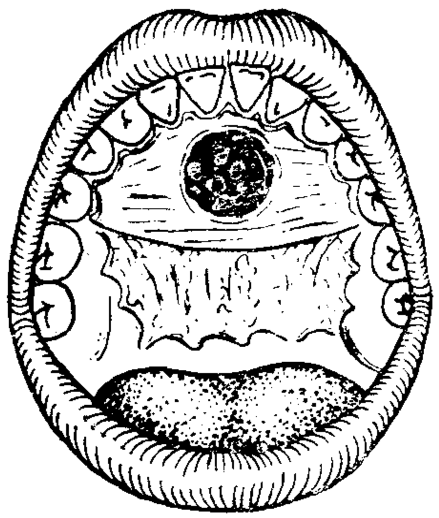


图 2-165　切牙孔囊肿手术

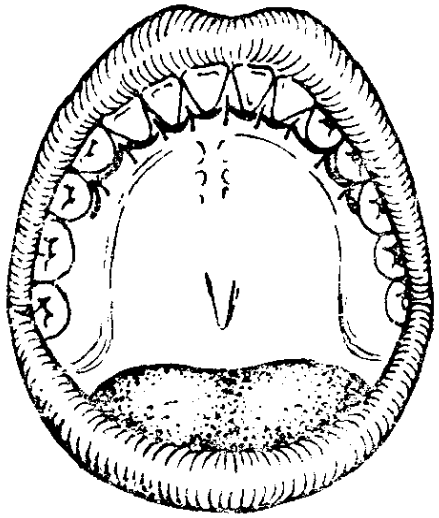


图 2-166　切牙孔囊肿手术

二、软组织囊肿手术

（一）舌下囊肿

【1】舌下囊肿袋形手术方法

（1）舌下囊肿的囊壁甚薄，括除时易于中途穿破，而且囊壁与周围组织紧密粘连，剥离困难，因此可采用袋形手术方法。（2）舌下囊肿袋形手术，必须使切口长期敞开，但舌下囊肿系软组织囊肿，袋形手术虽然是将覆盖的粘膜及囊壁的顶部全部切去，并敞开缝合于周围组织，并以敷料填塞，但术后二至三日填塞物即被顶出，伤口开始愈合，因此袋形手术方法，囊肿易于复发。（3）手术方法是：在作切口前先用丝线将粘膜及囊壁作环形缝合。环形缝合的目的是保持将粘膜及囊壁缝在一起切开后防止囊壁收缩不易寻找。（4）在缝线的内侧用尖手术刀切开表面粘膜及囊壁，吸去囊液，再用剪刀插入切口，沿缝线内侧将粘膜及囊壁作环形切除（图 2 -167，2 -168）。

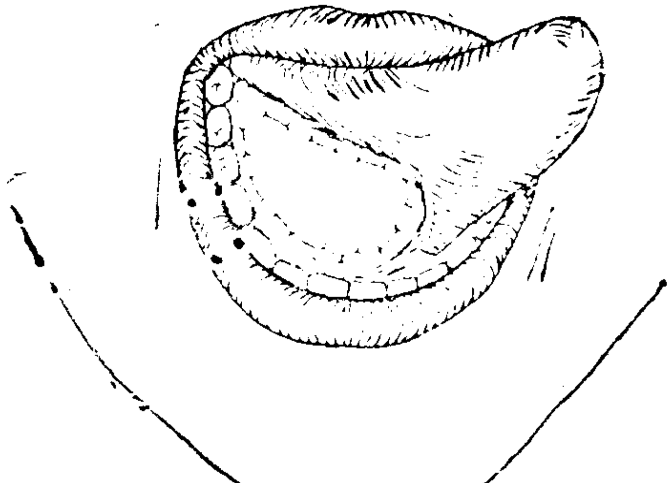


图 2-167　舌下囊肿手术作切口前先作环形缝合

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

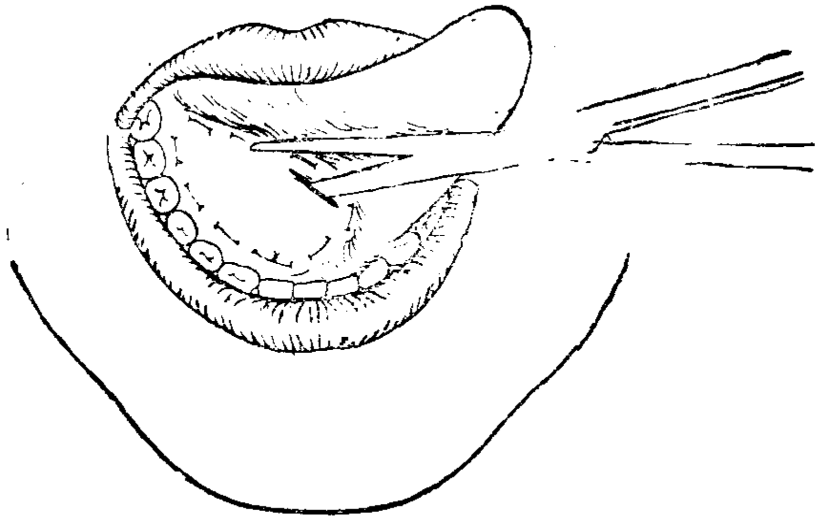


图2-168　舌下囊肿手术剪去囊肿顶部

（5）以温生理食盐水冲洗囊腔，再以纱布塞入囊肿揩干止血，并检查囊肿的深度。如果囊肿的底部尚难暴露，必须再扩大切口。（6）用有齿镊将囊壁向外翻开。用丝线将翻开的囊壁缝于周围组织。如囊肿范围已接近牙龈缘，可将翻开的囊壁缝在牙龈乳头上，或穿过牙间隙缝于颊侧的牙龈乳头上。（7）为了防止伤口过早合拢愈合，可作一个不锈钢丝圆形环，将囊壁套在环上再加以缝合（图2-169，2-170）。（8）再一次冲洗囊腔，最后用油纱

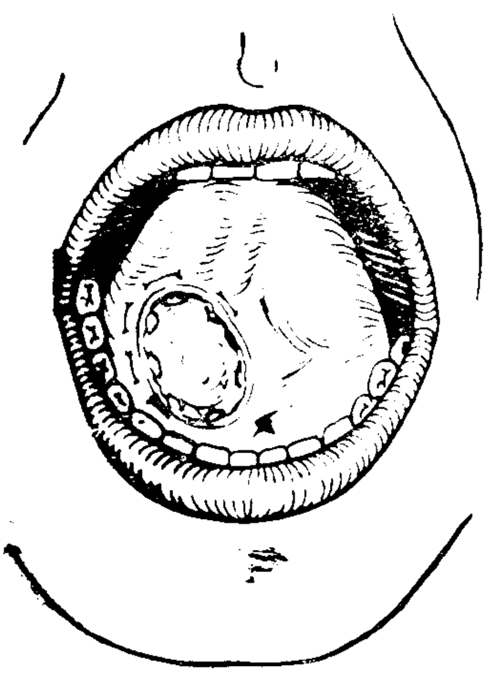


图2-169　舌下囊肿袋形手术，将囊壁缝于周围组织

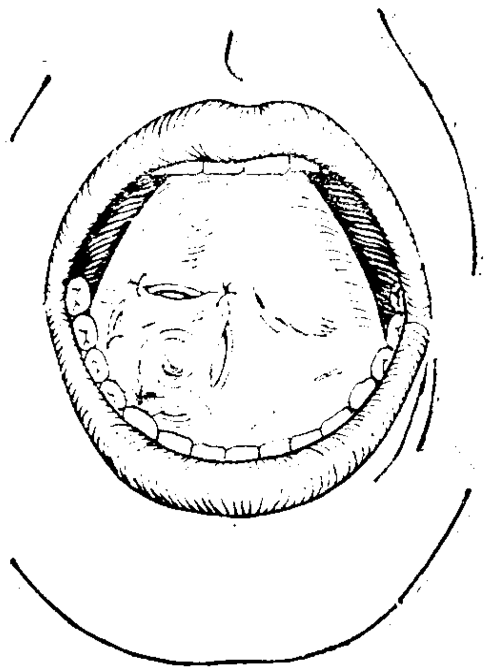


图2-170　舌下囊肿袋形手术，翻开囊壁，用钢丝环固定

布填塞。以后每日冲洗囊腔，更换油纱布，囊腔逐渐缩小，直至愈合。缝线于术后10天拆除。（9）较大的舌下囊肿，已穿过下颌舌骨肌，在下颌舌骨肌下发展。因肌肉的张力使囊肿呈类似多房的蜡肠状或葫芦状。这类舌下囊肿暴露囊壁底部困难。有时需要口内口外同时切开手术，不在此多加叙述。

【2】舌下囊肿摘除手术

（1）舌下囊肿摘除是将囊膜全部剥离摘除。由于囊膜极薄，易于剥碎，与周围组织粘连，因此实地操作中很难全部剥离。因而复发的可能性亦较大。（2）在囊肿最突出部位自前向后将粘膜切开，小心勿切破囊壁。还应注意勿伤及舌下肉阜旁的颌下腺导管口。（3）切开粘膜后，以止血钳插入粘膜与囊壁之间。仔细将囊膜尽可能完整剥离。如果中途囊壁破裂，立即以组织钳将已剥离的囊膜钳牢，清除囊液，再继续剥离至全部囊壁剥离干净为止。（4）在剥离时应注意勿剥断颌下腺导管。在剥离过程中如发现颌下腺导管，应先将导管剥离，让开位置或用橡皮条牵引至一旁，再剥离囊膜。如不能确认是否导管时，可以用纯头探针自导管口插入，即可识别(图2-171)。（5）剥离颌下腺导管时应注意有舌下神经及舌神经并有伴行

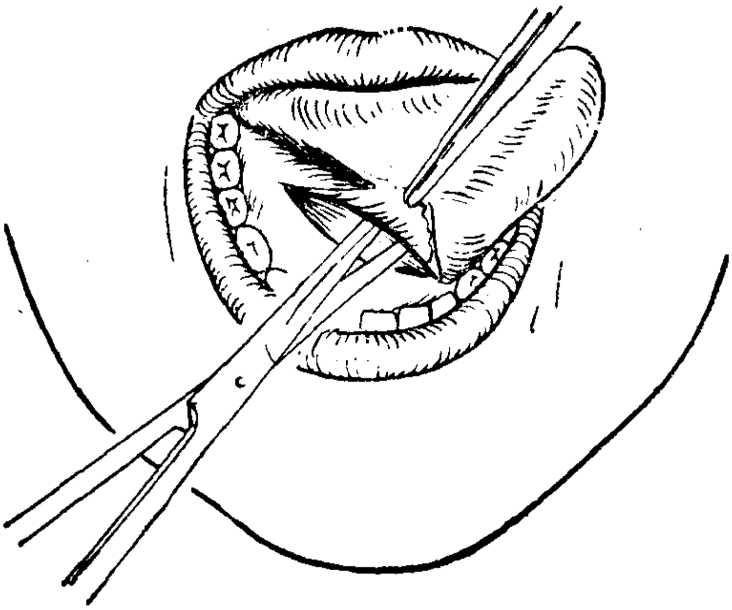


图 2-171　舌下囊肿摘除手术，剥离囊壁

的血管在其内下方。亦应小心剥离，免受损伤或被切断。（6）剥离至深部时，切忌将囊肿拉起并盲目剪断组织因囊肿拉起时，下方的血管亦随之被拉起。如用剪刀剪断血管，血管的断端立即缩回深层组织之内，造成止血结扎的困难。剥离至深部时，应有良好的照明，遇到血管时应用止血钳钳好以后再剪断，然后用丝线结扎。（7）在剥离囊膜时，如中途破裂，为了剥离

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

的方便，可在清除囊液以后，用碘仿纱条填满囊腔，以丝线缝合穿破的囊膜，然后继续剥离，直至囊膜及填塞纱条全部剥离摘除(图2-172，2-173)。

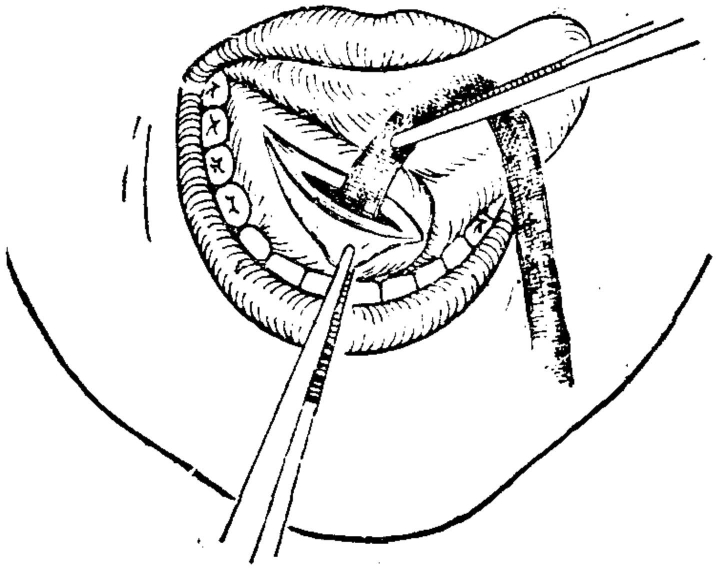


图 2-172
舌下囊肿摘除手术囊肿内填入纱条

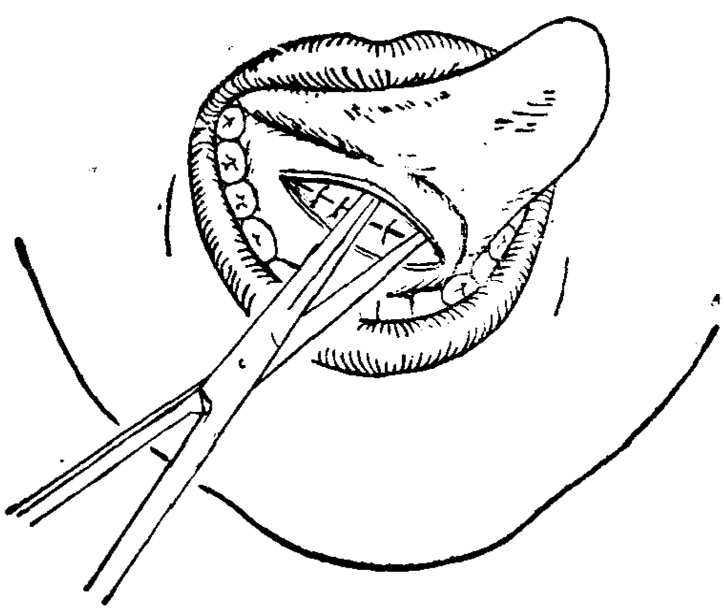


图 2-173 缝合囊膜继续剥离

（8）最后清洗伤口，为了防止血肿形成，可放引流条一根，但必须缝合一针以防落入腔内。粘膜作间断缝合。术后第二日拉出引流条，5～7天拆线。

【3】舌下囊肿摘除，并摘除部分舌下腺手术

（1）舌下囊肿手术，无论是袋形手术或全部摘除，复发率都比较高，原因是一则因为囊膜薄难于全部剥离。二则因为即使原来的囊肿没有复发，而

手术后由于疤痕挛缩使周围其他舌下腺导管又发生堵塞，涎液潴留，而发生另一个囊肿。因此舌下囊肿手术复发率最低者是舌下腺摘除并摘除部分舌下腺手术。（2）手术方法是在囊膜全部摘除以后，或袋形手术以后，继续向深部及四周剥离，不难找到舌下腺，将下颌舌骨肌上方的舌下腺剥离切断。（3）剥离时注意保护颌下腺导管及舌神经。较大的出血点应用止血钳钳好并以丝线结扎。（4）囊膜完全摘除的伤口可作粘膜间断缝合，放引流条一根。缝合时应注意勿将颌下腺导管口缝死。缝合时如发现颌下腺区有肿胀，应拆去缝线，改变位置再缝。如囊肿摘除是用袋形手术，粘膜可不作严密缝合，伤口以油纱布填塞即可。

（二）粘液囊肿摘除手术

（1）粘液囊肿是来自粘液腺的潴留性囊肿，多发生于下唇相当于尖牙的位置，也有时发生于口底粘膜下，及其他粘液腺分布较多的位置。（2）手术方法是将囊肿摘除以外，并摘除周围表浅的粘液腺，才能保证囊肿不复发。（3）切口：切口应在囊肿的最突起粘膜上作纵切口。切口的方向以纵切口为好。因横切口切除组织多时可使唇红内卷，较大的囊肿应作纵形梭形切口。如果囊肿已被经常咬伤，而有疤痕组织时，亦应作梭形切口连疤痕一起切除(图 2-174，2-175)。（4）剥离囊肿：以蚊式止血钳，沿切口向

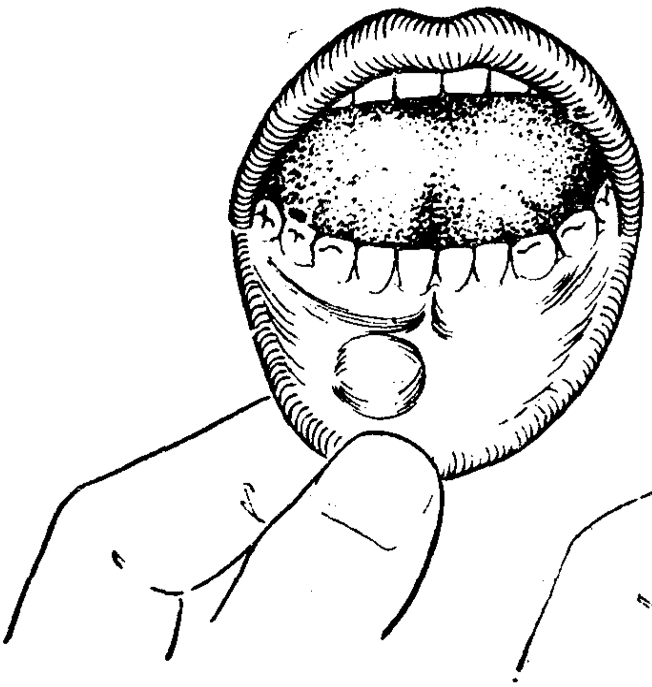


图 2-174　下唇粘液囊肿

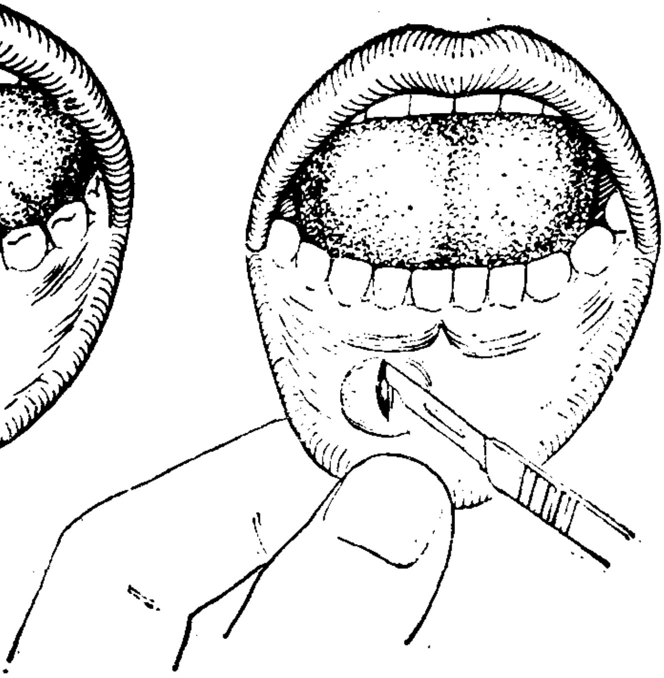


图 2-175　下唇粘液囊肿切口

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

深部及四周剥离，细心剥离，不难将囊肿完整剥离。为了剥离方便可以制作一个不锈钢金属环，将环套于囊肿，向下方挤压，使囊肿突出，便于剥离。如剥离中囊肿穿破，以止血钳钳于囊壁，继续剥离。因囊肿多位于肌层表面，只要剥离至光滑的肌层表面即可。（5）摘除表浅的粘液腺：囊肿摘除以后，尚应将囊肿周围粘膜剥离，在囊肿周围常有成堆的粘液腺，用止血钳或镊子，将其一粒粒取下，这是保证粘液囊肿不再复发的重要措施。（6）切口作间断缝合，5日后拆线。

（三）皮样囊肿摘除手术

（1）口腔皮样囊肿多发生于下颌骨内侧正中，在颈阔肌，颏舌骨肌及下颌舌骨肌之间。囊壁较厚，剥离容易，较少复发。（2）切口位于颏下皮肤上，自颏部下颌骨内侧开始，直达舌骨正中。（3）切开皮肤及皮下组织，止血后继续切开颈阔肌，露出灰黄色囊壁。以拉钩牵开，再以弯止血钳向四周剥离。（4）摘除囊肿后按层作间断缝合。放引流条一根5—7日拆线（图2-176，2-177）。

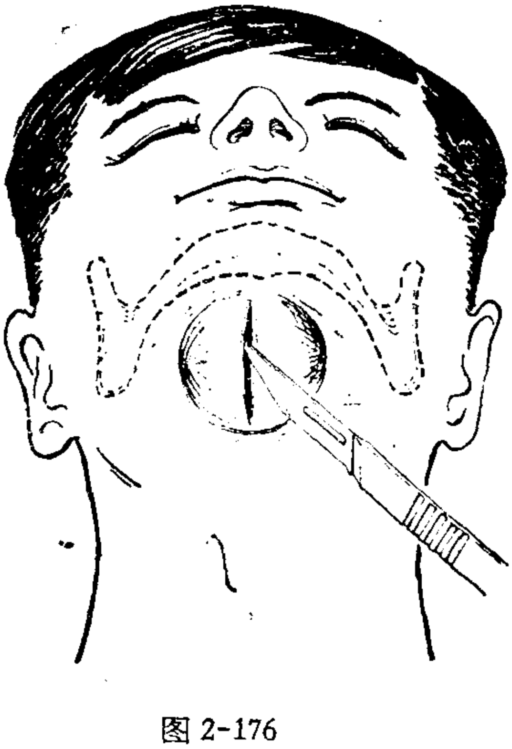


图 2-176
颏部皮样囊肿手术切口

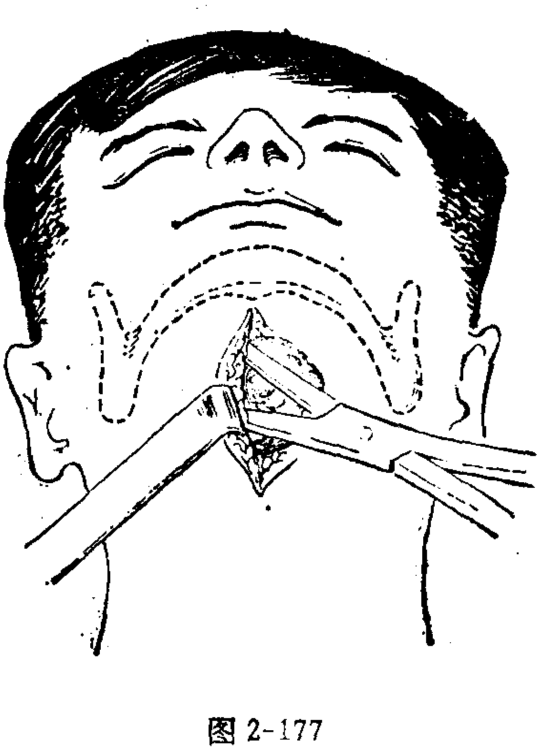


图 2-177
颏部皮样囊肿剥离囊肿

［手术应注意事项］

（1）囊肿如已发生感染应先作切开引流手术，等炎症控制以后再作摘除手术。（2）牙源性囊肿最妥善的引流方法是拔除病灶牙，由牙槽窝引流。上颌囊肿切忌自腭侧作切开引流。特别是囊肿已波及上颌窦者。即使

腭侧有明显隆起，并有波动，也不应自腭侧切开。这样切开引流术后会造成上颌窦，囊腔，及口腔的长期穿通。（3）颌骨囊肿应尽可能作到一期缝合手术，因为这样可使伤口一期愈合。而开放填塞术后要经过长时期的冲洗换敷料，而且还会造成较大的畸形。特别是波及上颌窦的囊肿开放填塞会造成口腔，囊腔及上颌窦的长期穿通。更不宜作开放填塞手术。除非囊腔有严重感染或者一期缝合失败伤口裂开或感染，才不得已采取开放填塞的手术方法。（4）舌下囊肿手术防止复发的方法主要是依靠舌下腺部分摘除。因为单纯摘除囊肿虽然囊膜已彻底摘除，但由于术后的瘢痕挛缩可使邻近的舌下导管堵塞，而在邻近的部位又发生一个新的囊肿。可能被认为是原来的囊肿复发。因此囊肿的复发与否，摘除部份舌下腺是关键的手术方法。

第十一节　口腔颌面部小肿瘤摘除术

［适应症］

（1）口腔颌面部小肿瘤术前应该明确诊断，以使良性肿瘤按良性肿瘤原则手术，边界瘤或恶性肿瘤按照肿瘤的性质原则手术。（2）手术以前应设计好肿瘤切除后创面修复的方案，使肿瘤切除以后产生最少的畸形及功能障碍。（3）手术以后应将标本送病理检查，再一次明确诊断，以便作今后随诊的依据。

［手术方法］

一、唇部肿瘤摘除手术

（一）位于唇红部肿瘤摘除手术

（1）麻醉如作浸润麻醉，应在肿瘤范围以外作环状浸润，或作一侧或双侧颏孔阻滞麻醉。（2）切口作纵形梭形切口（图2-178）。（3）肿瘤如系恶性肿瘤，切口应在看到或扪到肿瘤范围5毫米以外，切除深度亦应在肿瘤深度5毫米以上。如肿瘤有较深的浸润，应作“V”形唇全层切除手术（图2-179）。（4）恶性肿瘤，肿瘤切除以后，如有条件应立即送冰冻活检，以检查切端是否有残留，或距切端过近，以便继续扩大手术范围。（5）唇全层切除，止血后作褥式及间断缝合。

（二）唇红弥漫性肿瘤摘除术，或唇红全切除手术

（1）唇红弥漫性病变，如日晒性老年性、角化性唇炎，或已有部分恶变，可作唇红全切除手术。（2）切口作横形、梭形切口。切口的皮肤缘应沿

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

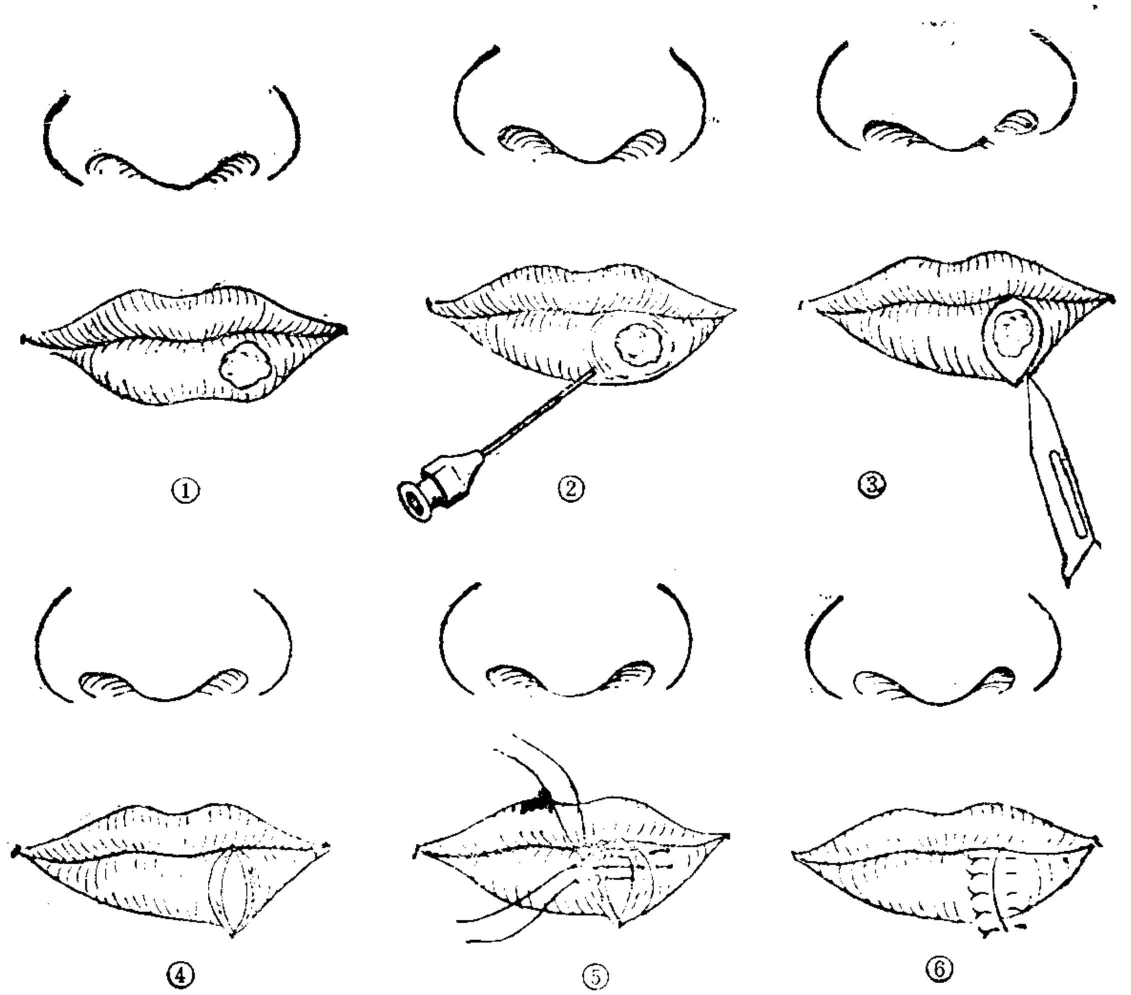


图2-178　唇部小肿瘤切除术
①唇红小肿瘤②麻醉③④⑤切口⑥缝合

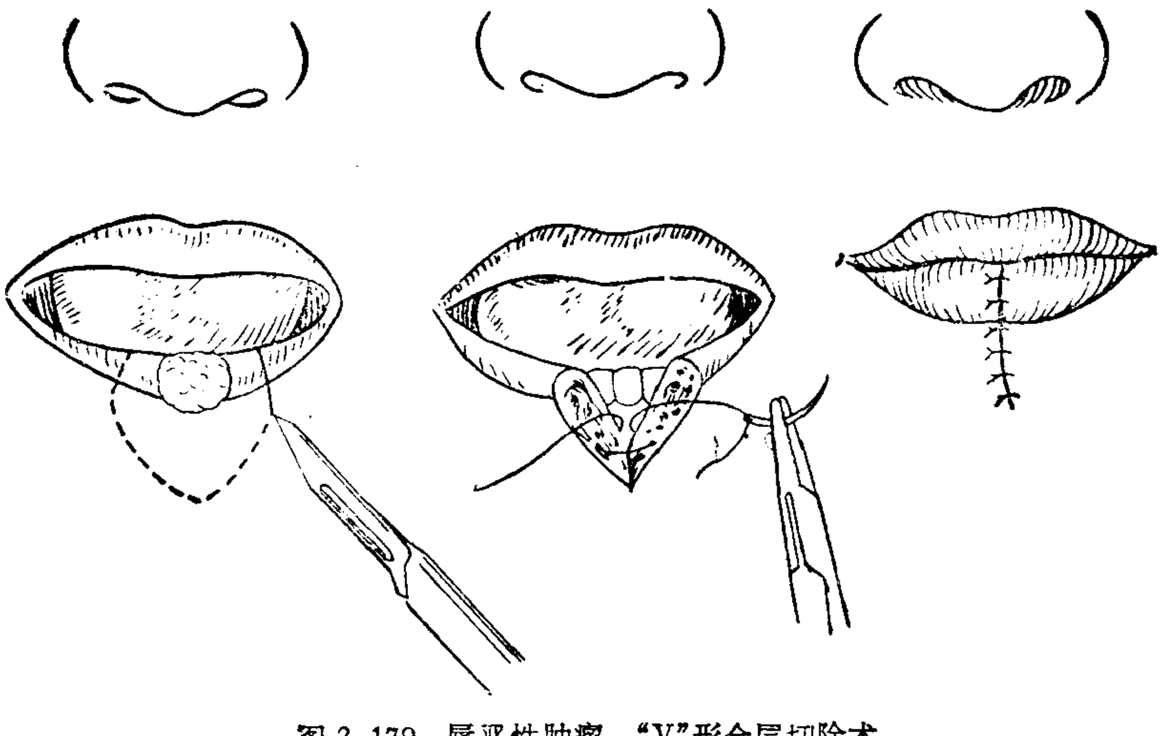


图 2-179　唇恶性肿瘤，"V"形全层切除术

粘膜与皮肤交界处。范围视病变大小而定。无恶变时深度到粘膜下组织即够，有恶变应作较深的切除(图 2 -180，2 -181)。（3）唇红切除以后，用剪刀或止血钳，向唇内侧作粘膜下剥离，剥离的范围视粘膜能与皮肤缘接触的张力大小而定。（4）将翻出的粘膜缝于唇红缘(图 2 -182，2 -183)。

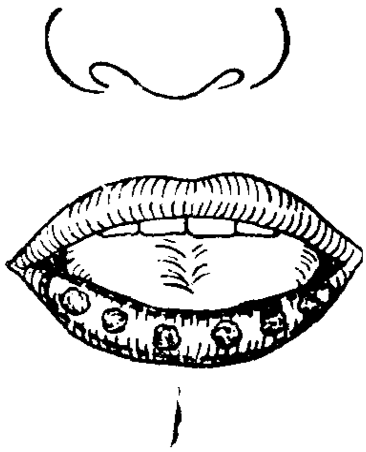


图 2-180 唇红弥漫性病损

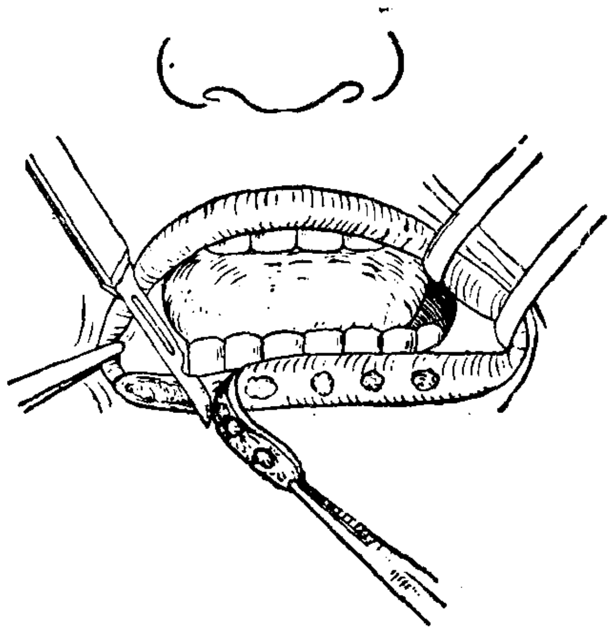


图 2-181 唇红全切除

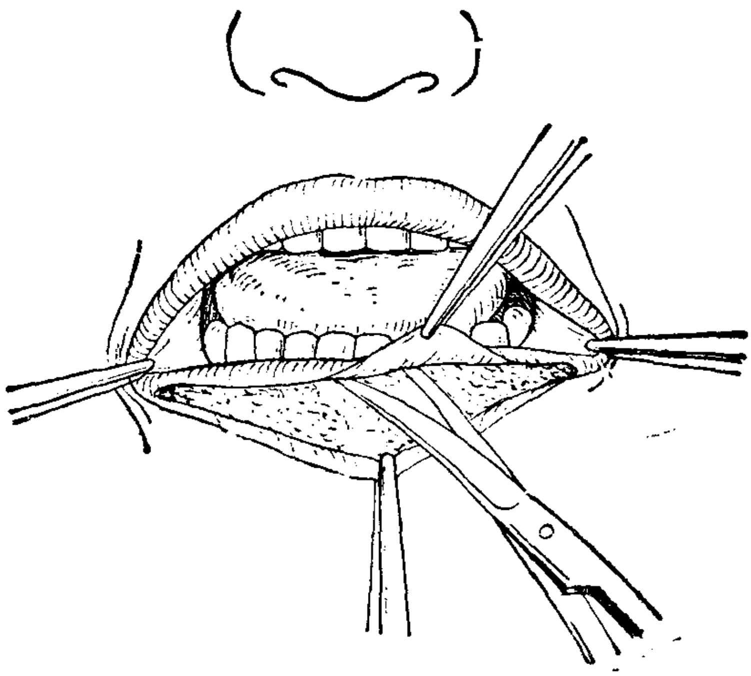


图 2-182 剥离唇粘膜

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

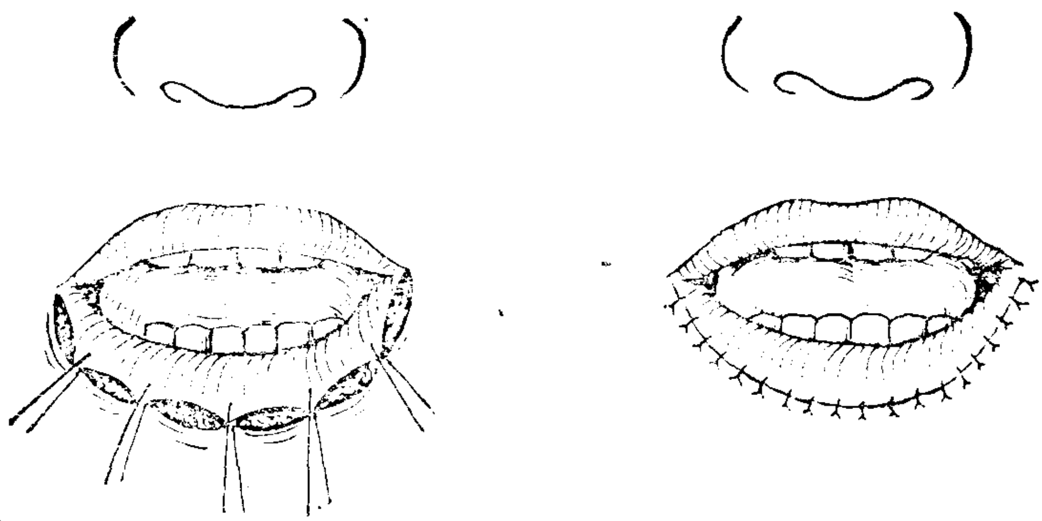


图 2-183　翻出唇粘膜，缝于唇红缘

（三）唇红全切除，合并唇"V"形切除手术

（1）唇红弥漫性病变，其中有部分恶变，可作唇红全切除合并"V"形唇全层切除术。（2）手术时首先将恶变部分作"V"形全层切除，然后按照唇红切除的手术方法，切除唇红部的病变（图 2-184）。

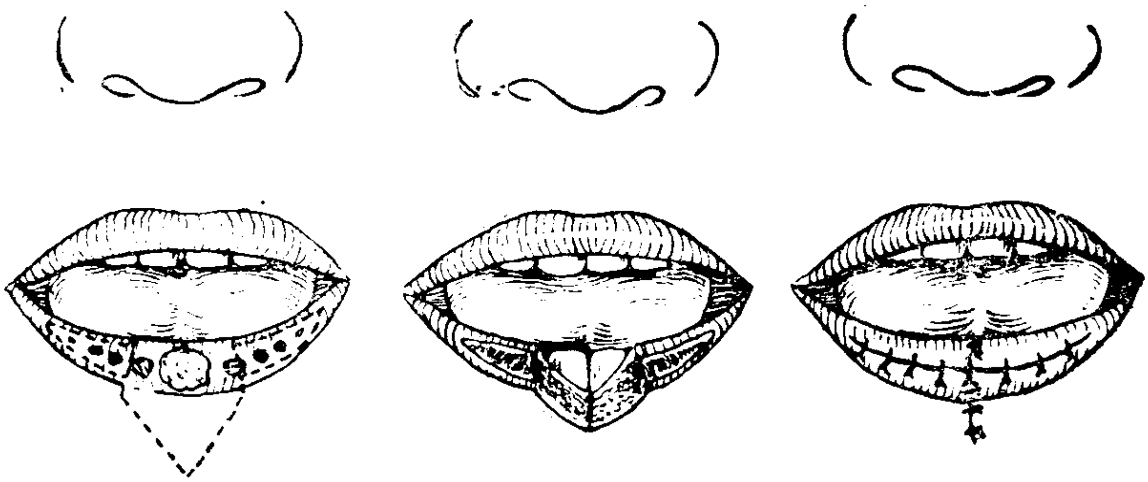
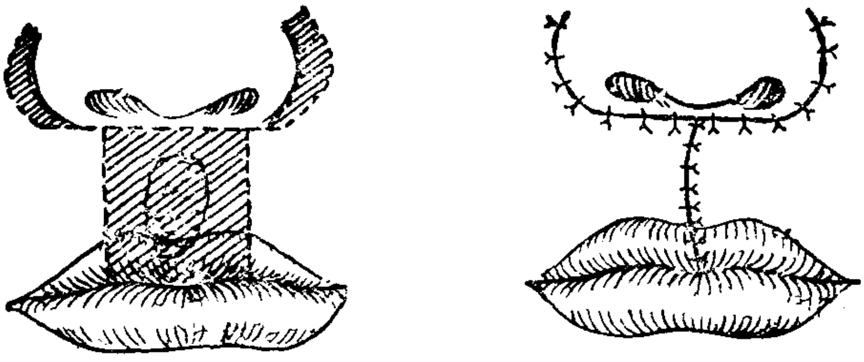


图 2-184　唇红切除合并"V"形切除术

（四）位于上唇正中肿瘤切除手术

（1）位于上唇正中肿瘤，在肿瘤范围以外作梯形切口，将切口范围内的上唇全层切去。（2）在两侧鼻翼部作月牙形切口，直达骨面。去除月牙形切口内的组织。（3）在鼻翼下缘作水平切口，使梯形切口与月牙形切口相通。（4）将月牙形切口的外缘与骨面潜行剥离，使残留的两侧上唇成为两个皮瓣能向中央滑行。（5）拉拢梯形切口，同时合拢月牙形切口，

按层缝合。



①　　②

图 2-185①②

上唇正中肿瘤全层切除　①切口　②缝合

（五）位于上唇一侧的肿瘤切除术

（1）位于上唇一侧的小肿瘤，可在肿瘤范围以外作底向上的等腰三角形切口，将三角形内的唇组织全层切除。（2）再在同侧鼻翼部作到达骨面的月牙形切口，月牙形的下端与三角形相通，将上唇外侧的组织与骨面剥离，拉拢三角形的两腰，同时月牙形切口亦合拢。按层缝合（图 2 -186）。

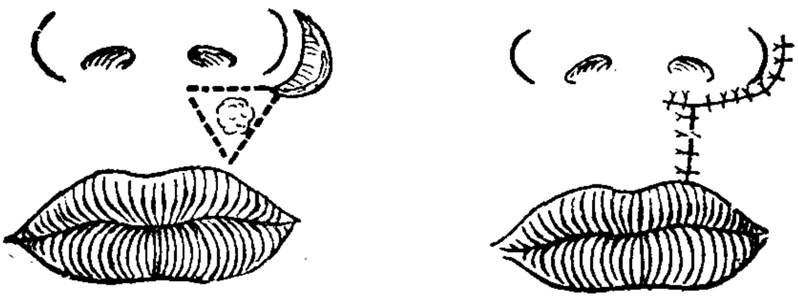


图 2-186　位于上唇一侧肿瘤切除。

（六）上唇较大的肿瘤切除术

（1）上唇皮肤上较大的肿瘤，切除后可取与鼻唇沟平行方向的皮瓣作为滑行皮瓣来修复缺损。皮瓣的基部可位于缺损部位的上方或下方。（2）如果肿瘤需要上唇全层切除，则滑形皮瓣的基部应在缺损部位上方。这样才能将颊膜一起转为修复上唇粘膜的缺损（图 2 -187，2 -188）。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

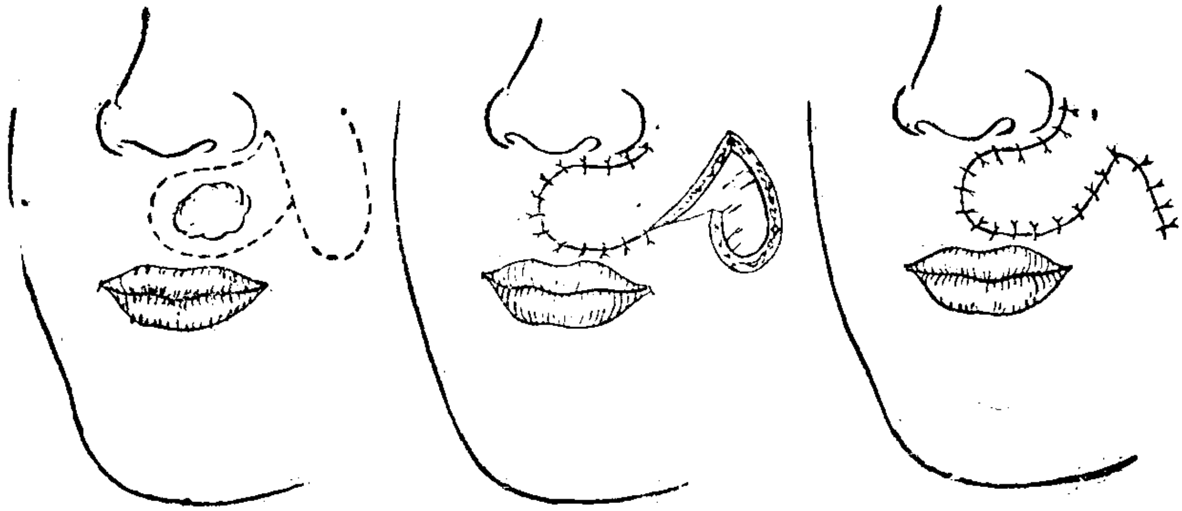


图 2-187
上唇部肿瘤切除，皮瓣修复，基部在上方

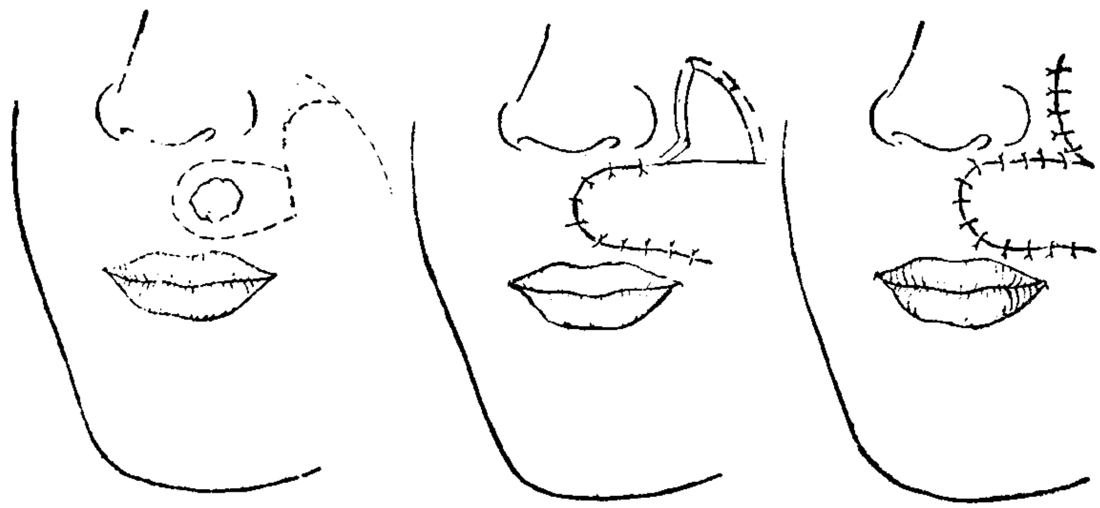


图 2-188
上唇部肿瘤切除，皮瓣修复，基部在下方

二、颊部肿瘤摘除术

（一）颊部皮肤小表浅肿瘤摘除术

（1）颊部皮肤上小的表浅肿瘤，可以在肿瘤切除后，直接作拉拢缝合。如果拉拢缝合张力过大，可作减张拉拢缝合，减张的方法是用止血钳或剪刀，在创面四周的皮下组织作潜行剥离。直至过大的张力消除为止。如果创面估计在减张后仍不能拉拢缝合时，应作全层皮片移植来修复创面。（2）

皮片移植的方法是：从手臂的内侧取全层皮片。取皮方法是用针将皮抬起，用刀片取皮，皮取下后用小弯剪刀剪去皮下组织及脂肪组织，以生理食盐水冲洗后，植于缺损区，用细丝线作间断缝合。植皮后仔细检查植皮下方有无出血，并以纱球压迫植皮区，压出渗出液及积血。植皮区盖以油纱布。加压包扎。以打包包扎方法为最佳。打包包扎是在植皮缝合时不要剪断线头。以油纱布及纱布团盖于植皮区，再将未剪断的线头相互加压打结。上面再盖以纱布，用橡皮膏，或再加绷带包扎。拆线前不必换敷料，10天拆线（图2-189，2-190）。（3）恶性肿瘤，应在可见及扪到肿瘤范围0.5～1厘米

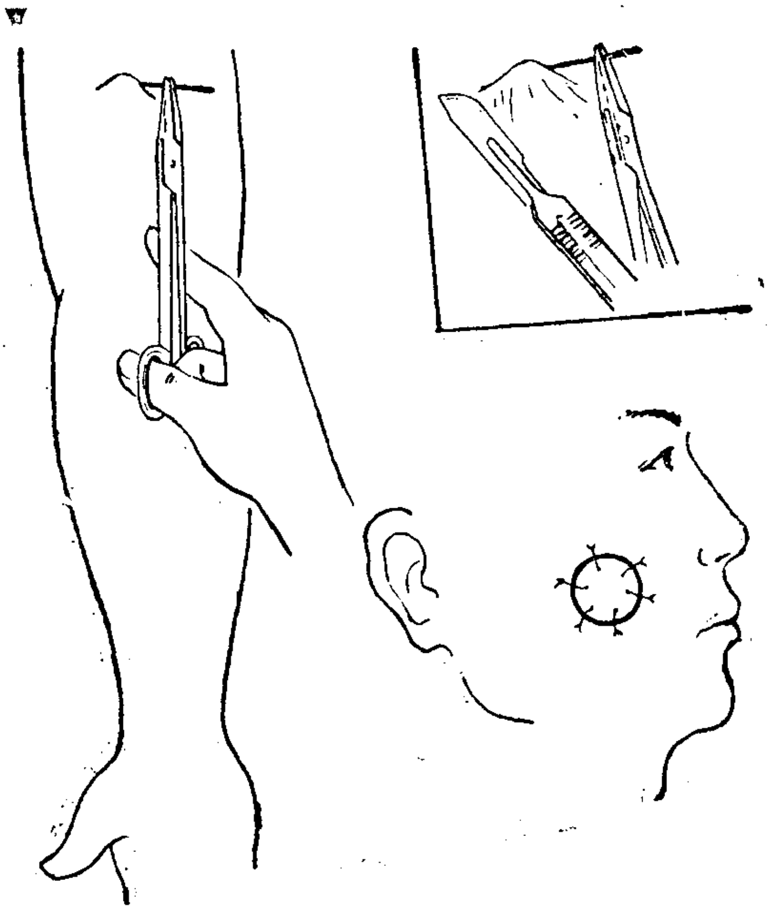


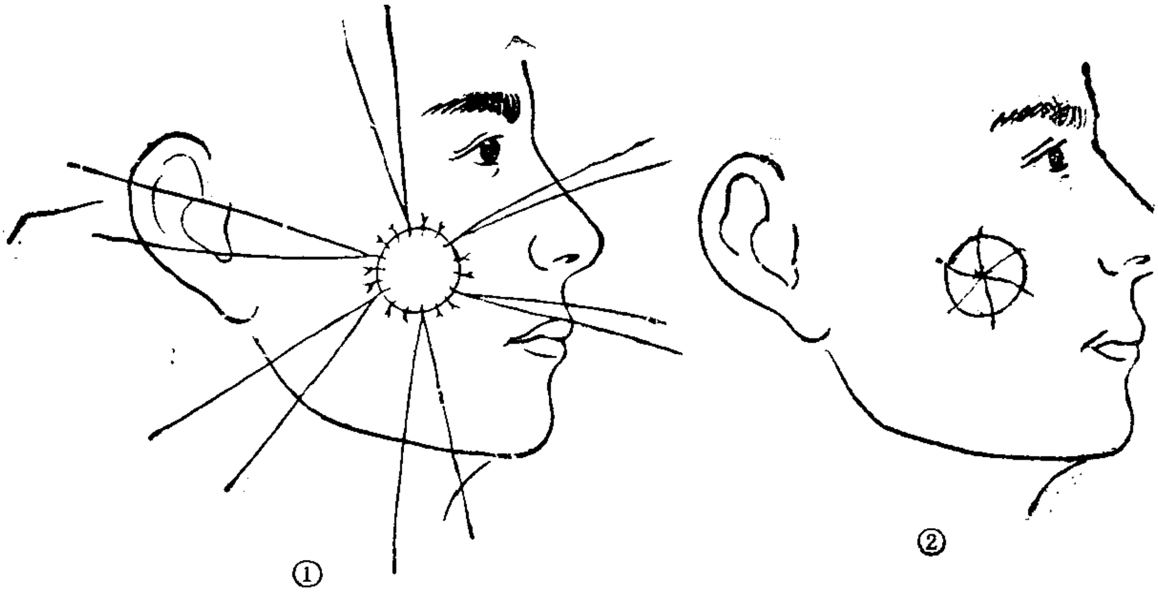
图2-189 从手臂内侧取皮

处，作圆形切口。在创面四周作连续缝合，抽紧缝线，以缩小创面。用此方法至少可以将创面缩小50%，再在缩小的创面上植皮（图2-191）。

（二）颊部粘膜肿瘤摘除术

（1）颊部粘膜上的小肿瘤可作水平梭形切口，将梭形切口中的肿瘤摘除。恶性肿瘤切除的范围及深度应包括一部分正常组织。（2）摘除肿瘤时可在肿瘤深部穿入一根线作为牵引，以免用组织钳或止血钳牵拉时将肿瘤钳碎。（3）肿瘤切除后作褥式及间断缝合，如张力过大，可作减张缝合

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



①　　②

图 2-190①②

颊部肿瘤切除后植皮修复，①植皮，②打包加压包扎

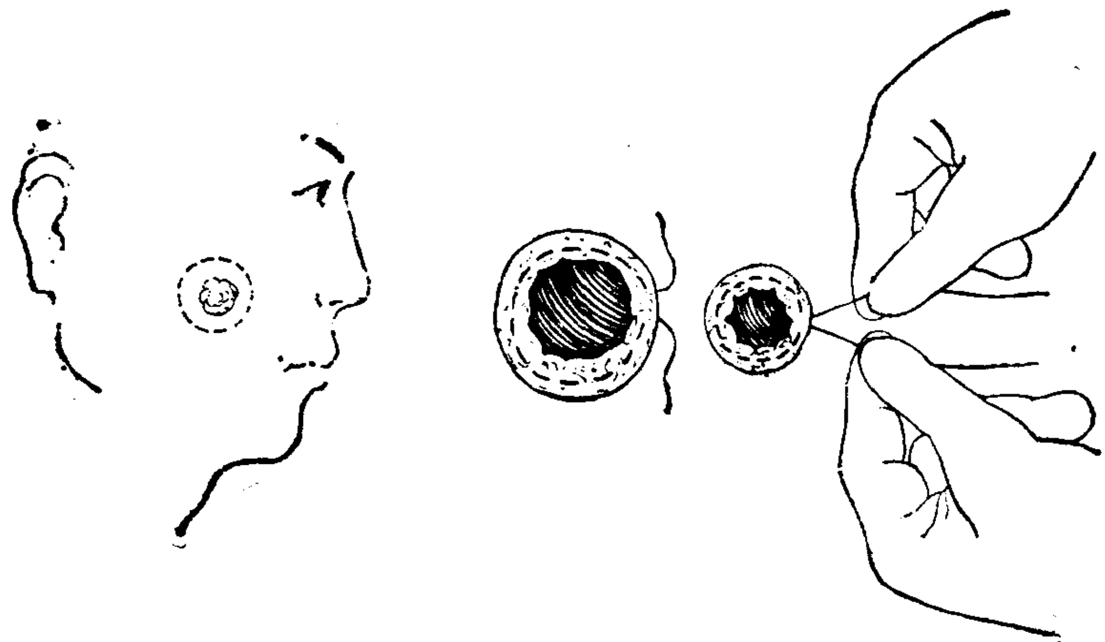


图 2-191

颊部肿瘤切除后，在创面四周作连续缝合以缩小创面

（图 2 -192, 2 -193）。

（三） 颊部粘膜形态不整齐的肿瘤或病变摘除术

（1）肿瘤向四周浸润，或癌前病变如白斑，其边缘一般是不整齐的。切

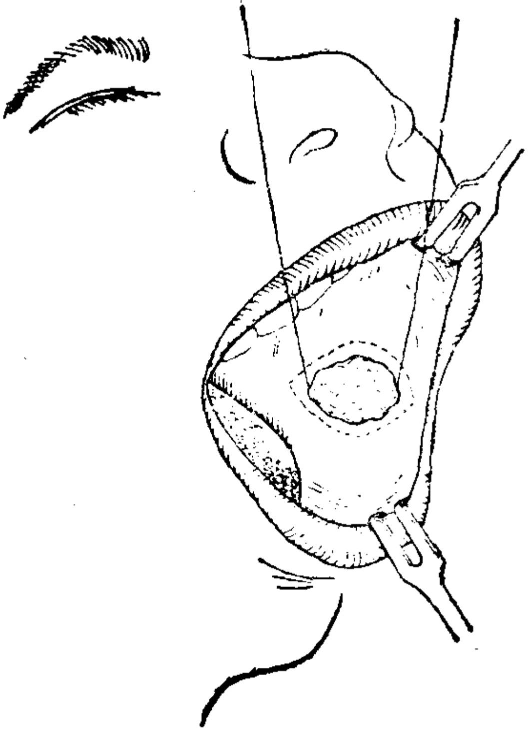


图 2-192　颊部粘膜肿瘤切除术

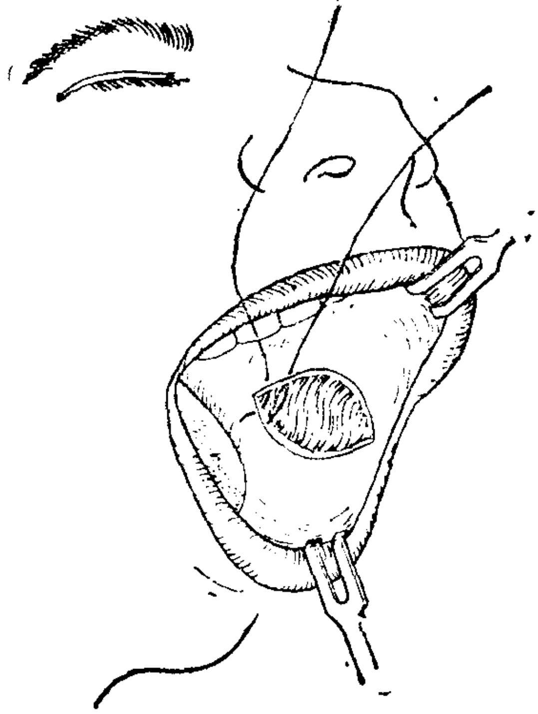
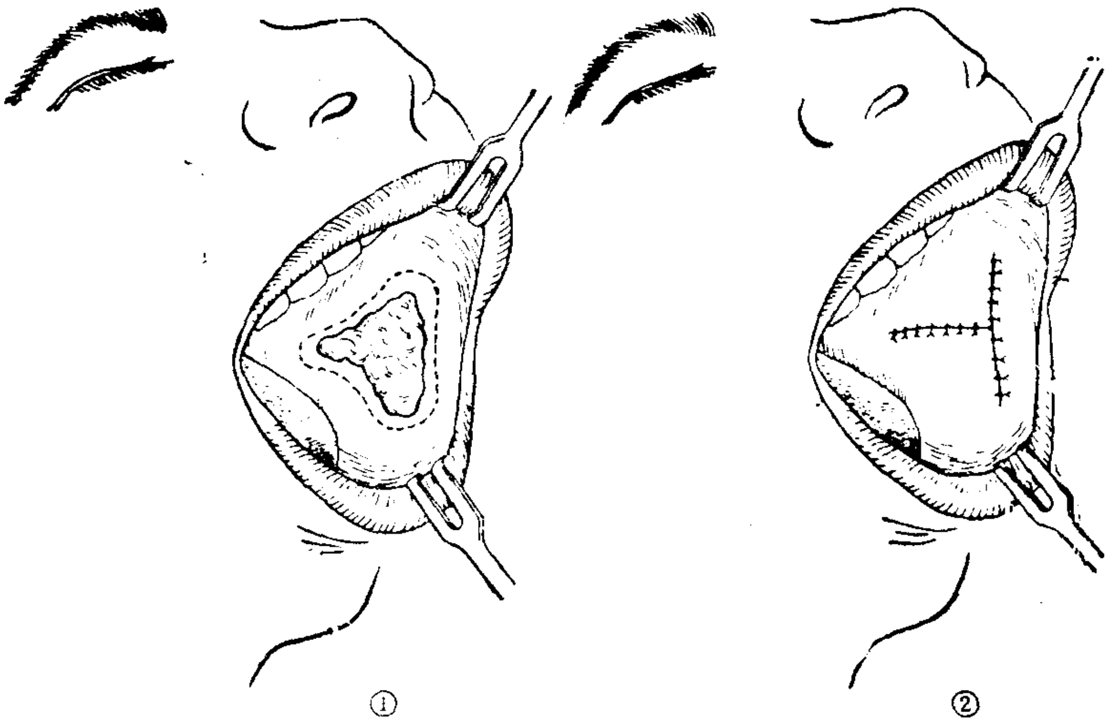


图 2-193　颊部粘膜肿瘤切除后拉拢缝合

除时只能按照病灶的形态切开。切除病灶后需将切口的边缘作潜行剥离，以减少缝合张力。作褥式及间断缝合。并以两个纱布团包以油纱布，放在手术区及口外颊部皮肤上，用直缝针作贯穿颊部的打包加压结扎以防血肿。加压包扎 48 小时后拆去，创口缝线于术后 7～10 天拆除（图 2-194）。　（2）



①　　②

图 2-194　颊部粘膜不规则的肿瘤切除，①切口　②拉拢缝合

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

颊部表浅较广泛的肿瘤，周围常有癌前病变，需要广泛的切除颊部粘膜，直接拉拢缝合不可能，必须植皮。植皮以全层皮片移植较好，因全层皮片术后收缩较断层皮片为小，以免使张口运动受限。（3）取皮可在上臂内侧取全层皮片。植皮上切几个小口以防止渗出物的瘀积，手术区如遇到腮腺导管口，不需要特殊处理，可以切去。植皮后以纱布团作贯穿颊部的加压包扎（图 2-195）。

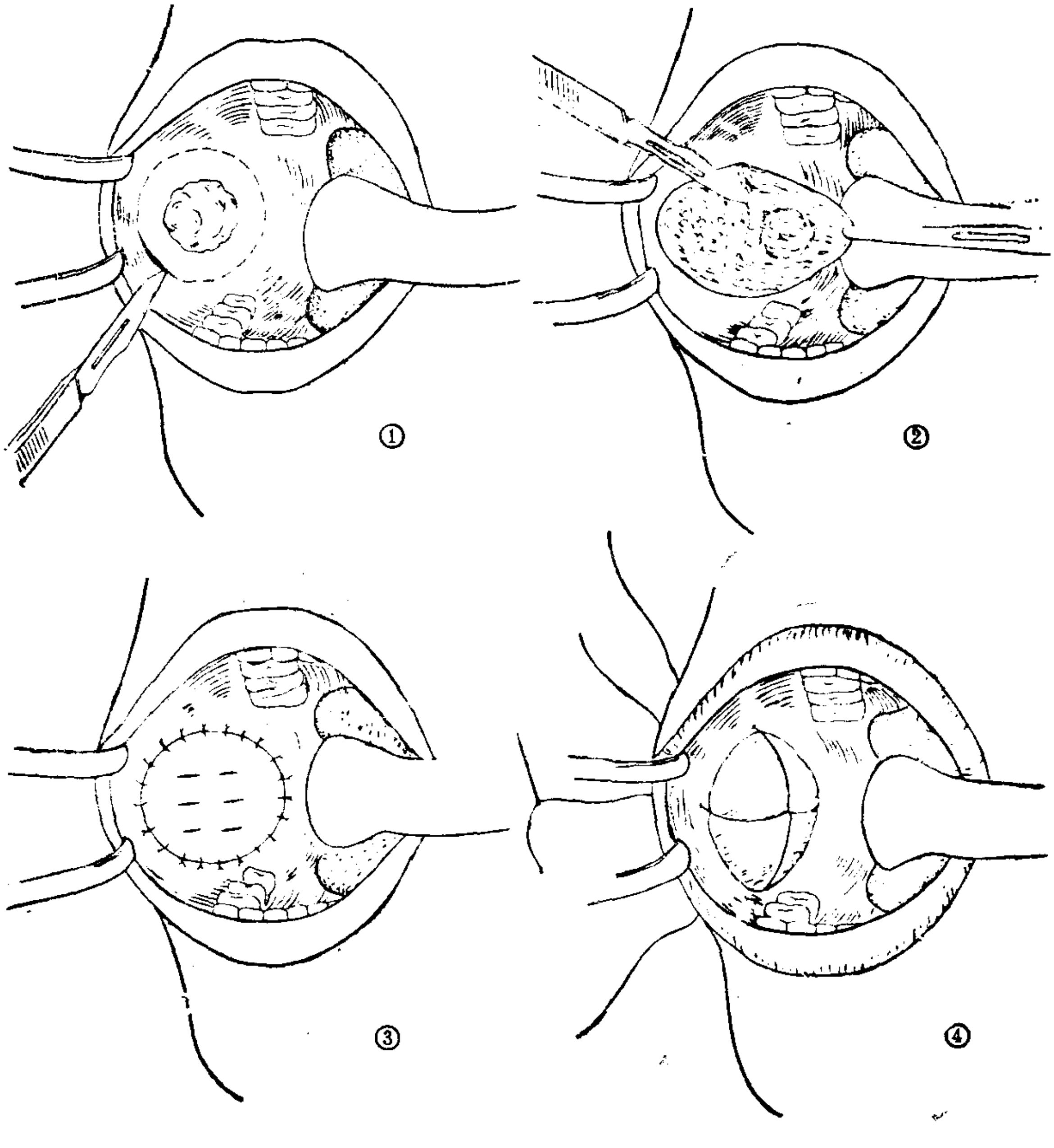


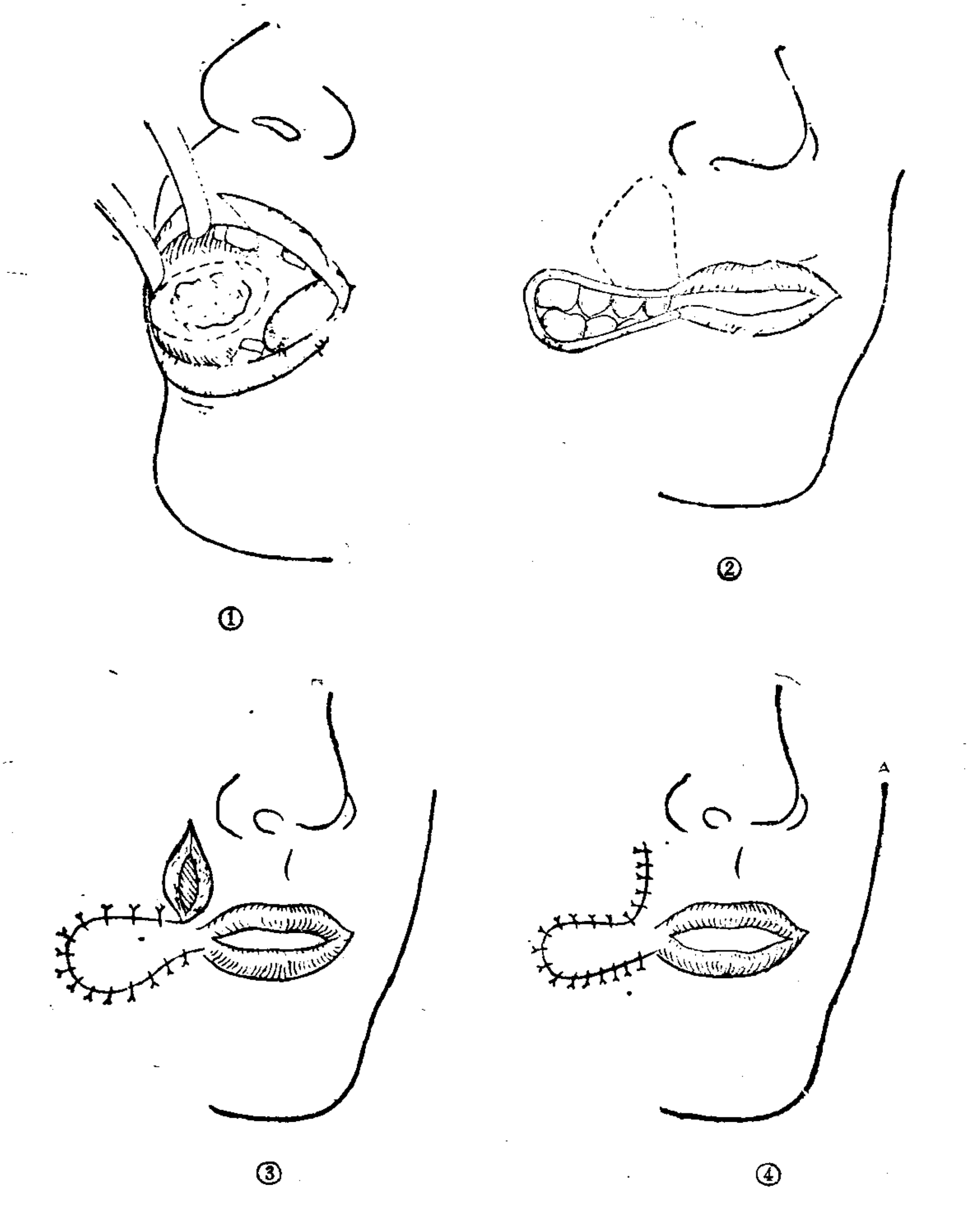
图 2-195①～④

颊部粘膜肿瘤切除术后植皮，①切口，②切除肿瘤，③植皮，④打包加压包扎

（四）颊部前方粘膜恶性肿瘤摘除术

（1）颊部前方的恶性肿瘤，已浸及深部组织，需要将颊部全层切除。缺

损的修复可取上唇的组织皮瓣。因来自粘膜的恶性肿瘤，粘膜切除范围要较皮肤更为广泛。取上唇皮瓣对粘膜的修复有利。（2）肿瘤及全层颊部组织切除后，且确实无残留时，取上唇皮瓣，使其平行于鼻唇沟，直至下方缺损区，将皮瓣转下，先缝合颊部缺损的粘膜、肌层、皮肤、最后缝合唇部的切口（图 2-196）。



①　②　③　④

图 2-196

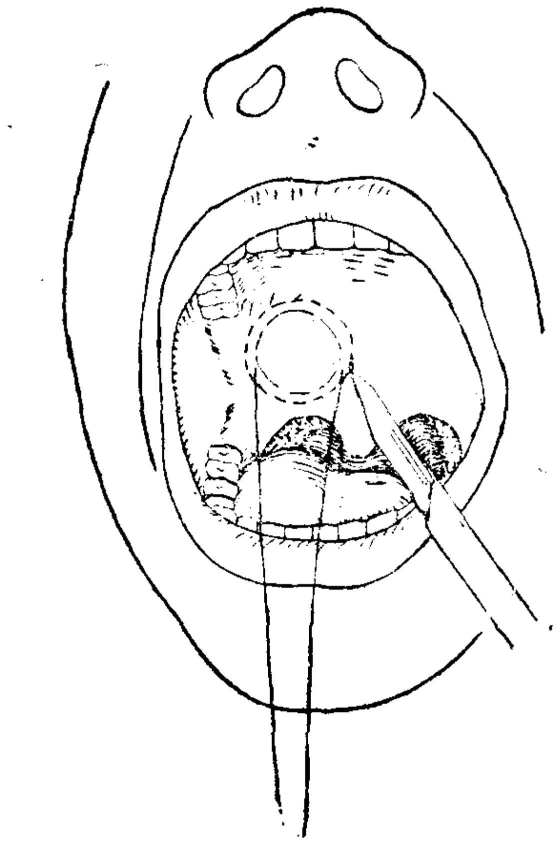
颊部粘膜恶性肿瘤颊全层切除，①切口，②取唇部皮瓣，③皮瓣转移，④缝合

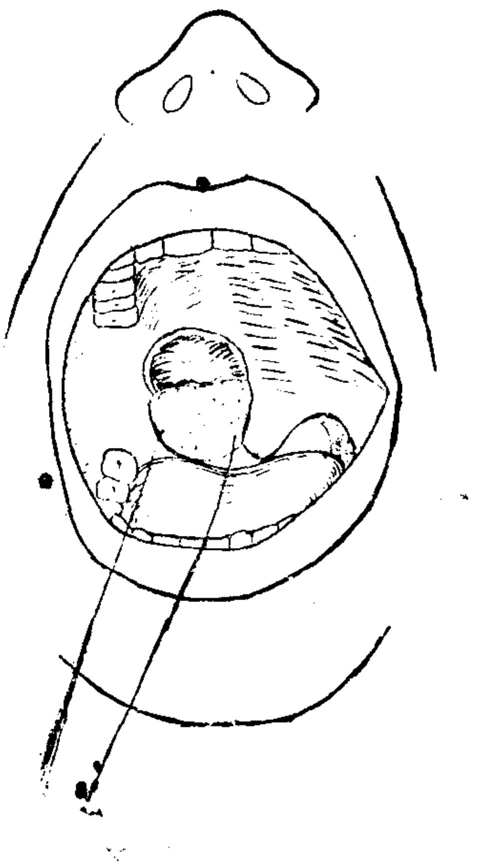
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

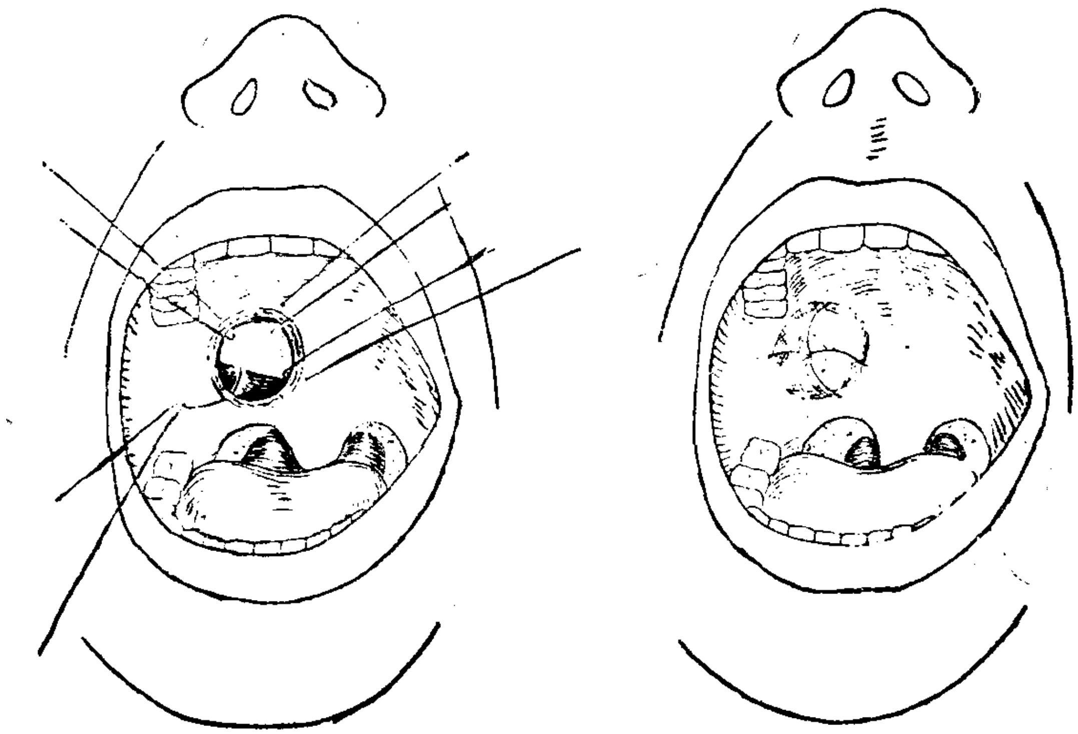
三、腭部肿瘤摘除术

（一）腭部混合瘤摘除术

（1）腭部混合瘤常见发生于硬软腭交界处，手术原则是肿瘤及表面粘膜一起切除。在作切口以前在肿瘤的深部吊一根粗线作牵引。沿肿瘤周围前方粘骨膜全层作半圆形切口，向深部及后方剥离，然后将肿瘤向下牵拉，再向软腭深部及表面剥离，遇有血管可结扎切断，最后切透肿瘤后方的粘膜，取下肿瘤及表面粘膜。（2）有时肿瘤波及软腭全层，肿瘤摘除以后软腭穿通，可将穿通软腭的鼻粘膜剥离后拉拢缝合，再缝合软腭的肌层及腭面粘膜。（3）仔细检查硬腭的骨面是否完整，有时因肿瘤的长期压迫，使硬腭骨面有一凹陷，但骨面光滑，这样骨面可以不作处理。如骨面已被肿瘤侵犯则必须用骨凿凿去一层，直达正常骨面为止。（4）创面最好以油纱布团打包包扎，以防术后出血，2～3天以后拆除打包，冲洗伤口，再换油纱布填塞，直至1～2星期以后创面逐渐平复，再嘱患者自行含漱，3星期以后创面上即有正常粘膜生长(图2-197)。


①


②



③　　　　　　　　④

图 2-197

腭部肿瘤切除①切口，②切去肿瘤，③骨面暴露及软腭缺损，④打包填塞

（二）位于硬腭正中恶性肿瘤摘除术

（1）位于硬腭正中的肿瘤虽然术后会造成口腔与鼻腔穿通，但因系恶性肿瘤，必须手术彻底，穿通部分术后可用托牙修复来矫治。（2）术前最好先作塑料护板，术后立即带入护板，可以防止食物进入鼻腔，对发音有帮助，并且可以起固定敷料，预防感染的作用。（3）手术切口在肿瘤范围以外，切透粘膜到达骨面，以骨凿沿切口将肿瘤、骨板、鼻粘膜、以及鼻中隔下缘骨板全部凿除。（4）伤口止血后，以油纱布填塞，戴上护板，每日清洗伤口，更换纱布。三个月后可考虑作托牙及永久性的托板修复(图 2 -198)。

（三）位于上颌牙龈及牙槽嵴上的恶性肿瘤摘除术

（1）位于上颌牙龈及牙槽嵴上的恶性肿瘤，腭侧多已侵犯部分硬腭，颊侧可能侵及上颌颊侧骨板。肿瘤切除后多数与上颌窦穿通。术前应先作护板，以防上颌窦感染。（2）以手术刀在肿瘤范围以外作切口，直达骨面，将肿瘤、牙齿、及凿下的骨板一起摘除。以油纱布填塞，带上护板，每日冲洗伤口及更换敷料。（3）小的上颌窦穿孔，有可能自行愈合。大的穿孔术后 3～6 个月考虑作转移龈瓣手术封闭上颌窦。更大的穿孔只有靠托牙或护板封闭上颌窦的穿通(图 2 -199)。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

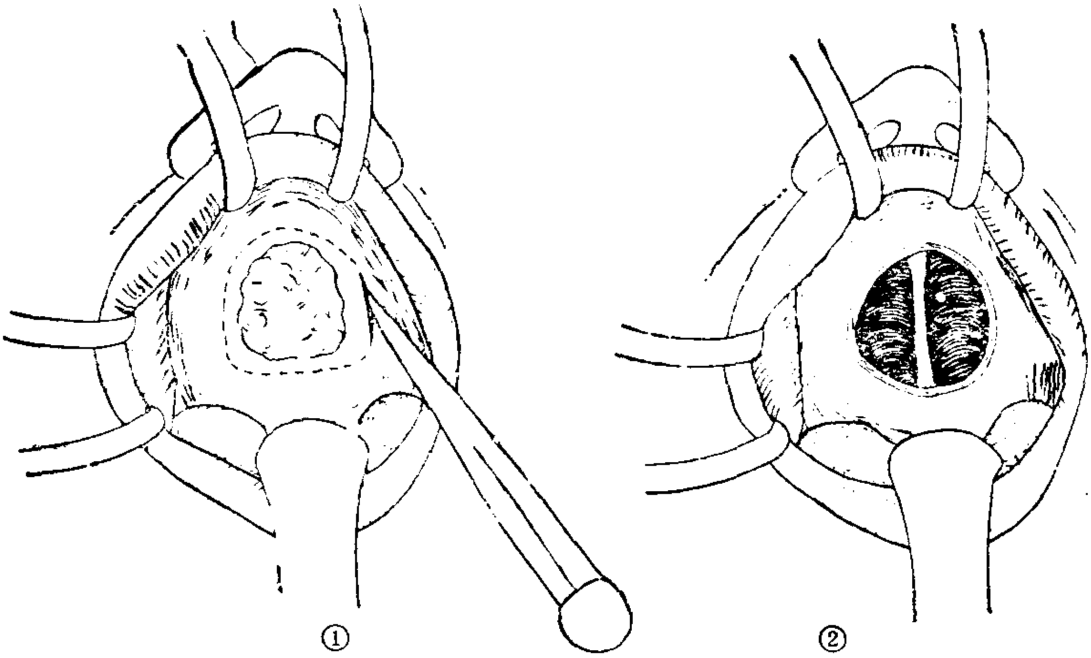


图 2-198

硬腭正中肿瘤切除①切口及凿骨，②创口与鼻腔穿通

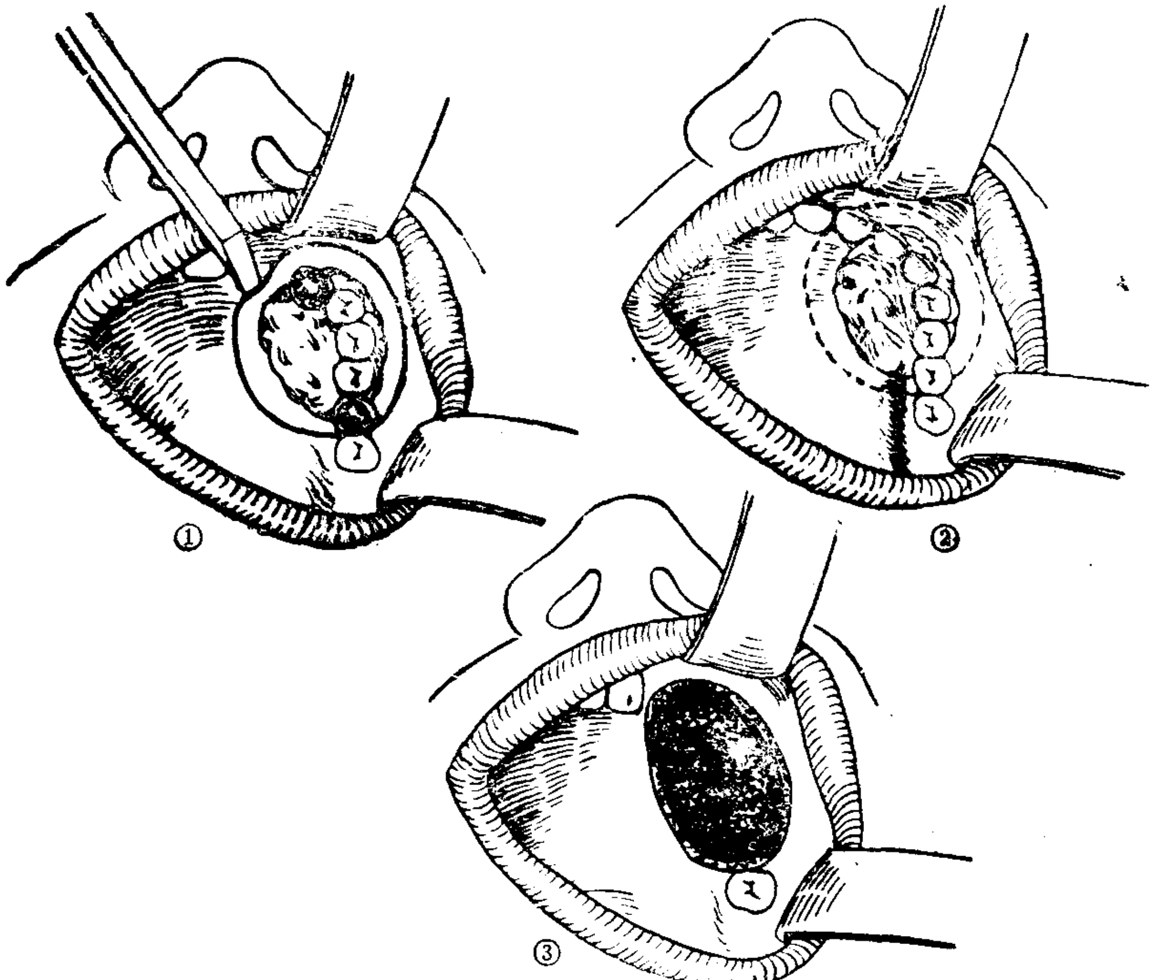


图 2-199

位于上颌牙龈及牙槽嵴上的肿瘤切除①切口，②凿骨板，③创口与上颌窦相通

四、牙龈肿瘤切除术

（一）牙龈小肿瘤切除术

（1）牙龈肿瘤有时生长在无牙的牙槽嵴上，如乳头状瘤。也有时生长在有牙的牙龈上。根据肿瘤的性质在切除肿瘤的同时，有时需将牙槽嵴切除一部分，也有时需要拔除有关的牙齿。（2）在无牙的牙槽嵴上切除牙龈肿瘤，可在牙龈上作横形梭形切口，如缝合张力过大，可将切口四周牙龈剥离，或将牙槽突骨组织剪去一些，拉拢缝合。（3）在有牙的牙龈上作肿瘤切除而不拔牙时，肿瘤切除后缝合困难，术后可用牙周栓塞剂，或暂时粘固粉，涂于创面，如果牙已同时拔除，应尽可能将唇颊侧骨板剪去一些，拉拢缝合。如拉拢缝合有困难，亦可用糊剂作为敷料（图 2-200）。

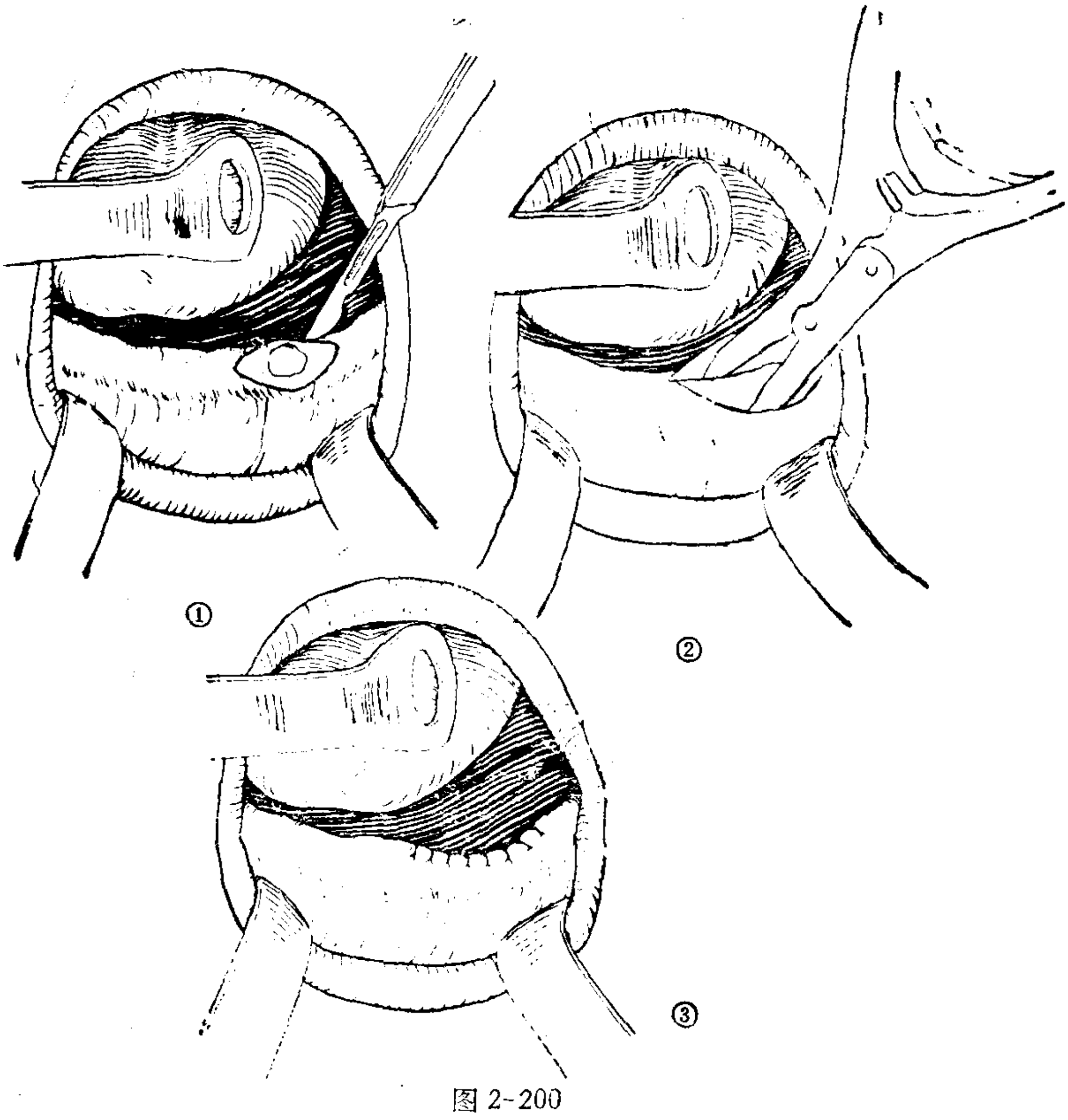


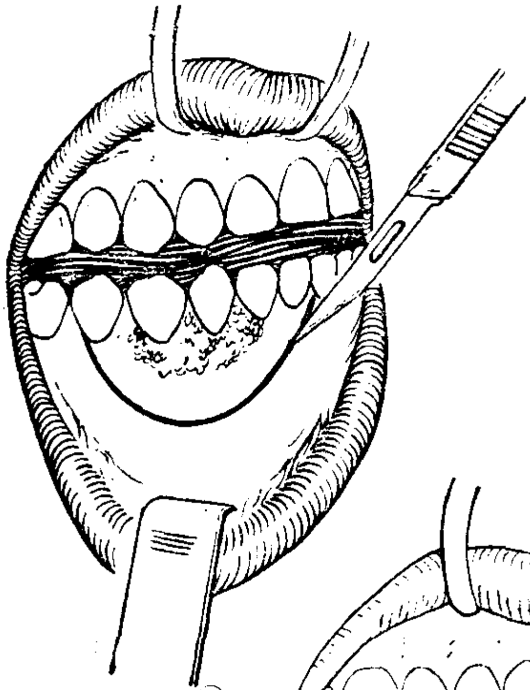
图 2-200

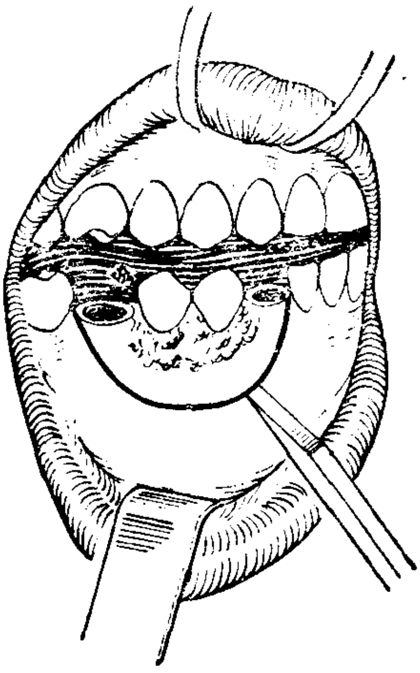
位于下颌牙龈小肿瘤切除①切去肿瘤，②咬去牙槽嵴，③缝合

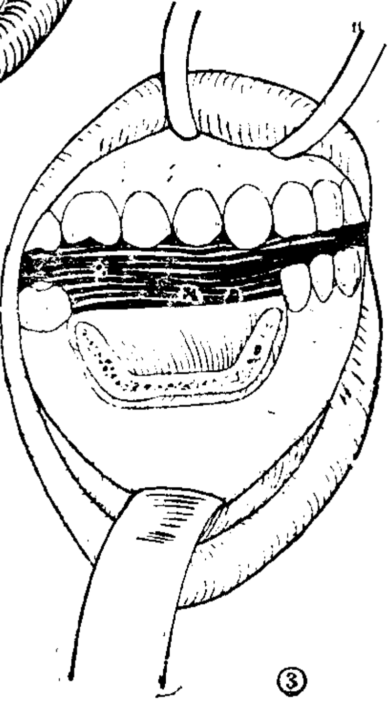
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

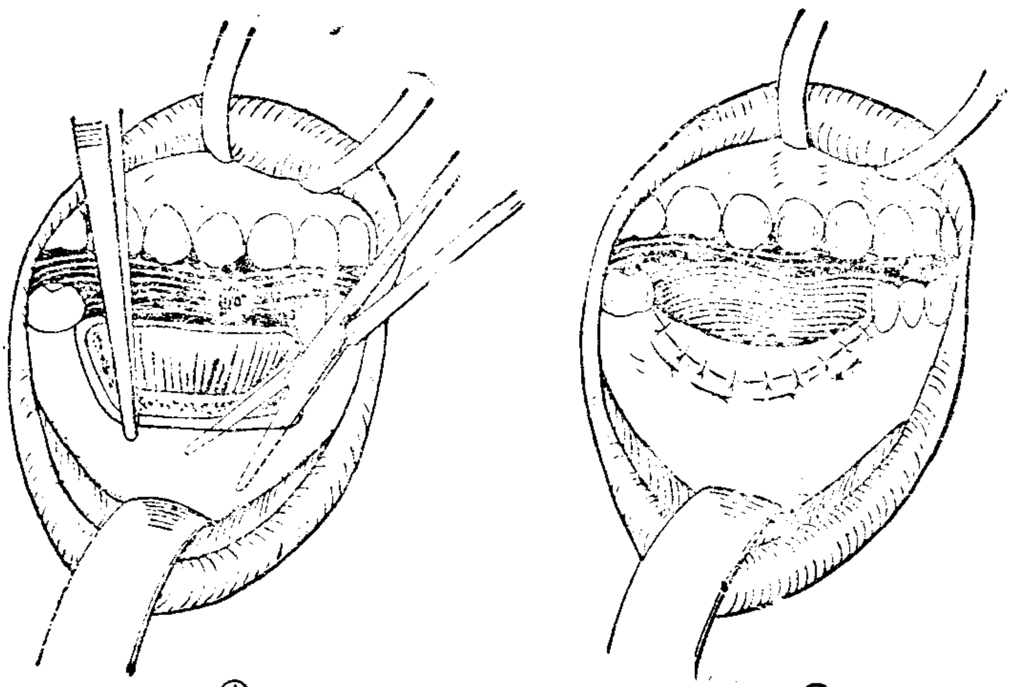
（二）牙龈恶性小肿瘤摘除术

（1）牙龈上表浅小的恶性肿瘤，可在肿瘤安全范围以外作梭形切口，除将牙龈全层切除以外，牙槽骨必须剪去一层以防肿瘤已波及骨面。（2）波及到牙槽嵴上的肿瘤，必须作牙槽骨边缘性切除。手术方法是：沿肿瘤范围以外0.5～1厘米处的牙龈上作深达骨面的弧形切口。如牙龈舌腭侧亦有侵犯，在舌腭侧牙龈上亦作类似切口。拔去切口邻近的牙，用个骨凿凿断切口范围颌骨及牙槽骨。也可以先用骨钻沿切口在颌骨上打成数个邮票式的洞，再用骨凿将各洞连起。裁除的颌骨断裂以后，以死骨钳将断裂的骨板，连同肿瘤，切断的牙龈及牙齿成块取下。（3）肿瘤摘除以后，以弯组织剪刀将唇颊牙龈向切口下方或上方作潜行剥离。直达唇颊沟，拉拢唇颊侧牙龈与舌侧牙龈作褥式及间断缝合。一般不放引流条，10天拆线（图2-201）。


①


②


③



④ ⑤

图 2-201

下颌牙龈及牙槽嵴恶性肿瘤摘除术①切口②拔去邻近牙及凿骨③牙槽嵴作楔形切除④剥离唇颊侧牙龈⑤缝合

五、舌部肿瘤摘除术

（1）舌部良性肿瘤，如血管瘤、乳头状瘤等，根据肿瘤范围作褥式或间断缝合。（2）舌部的恶性肿瘤，恶性程度较高，而且转移早。因此即使肿瘤较小，有时亦需要作颈淋巴根治手术。（3）舌部手术，因舌血管丰富，常常出血多，结扎血管困难。手术时可由助手用手捏紧切口的远心面，亦即近舌根部。这样可使出血大大减少。结扎血管时可嘱助手放松，即可看清出血点的位置，迅速用止血嵌嵌紧，结扎。渗血可用温盐水压迫止血。舌部手术的止血问题非常重要，因止血不好，缝合后容易发生血肿，大的血肿可漫延至舌根部，甚至影响呼吸(图 2 -202)。

[手术应注意事项]

（1）肿瘤手术，特别是恶性肿瘤，术前应慎重考虑是否能一次将肿瘤彻底摘除。切忌自肿瘤的范围内作切口，这样不但无助于肿瘤的治疗，反使肿瘤扩散及转移。（2）肿瘤手术如果是采用局部浸润麻醉，应该在肿瘤的范围以外作环状浸润麻醉，不应将注射针穿入瘤腔以防扩散。（3）舌部及口底部的恶性肿瘤，都是转移较早的肿瘤，常常原发病灶很小，而已经转移。位置距中线近的肿瘤有可能向双侧淋巴转移。这种肿瘤最有效的手术方

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

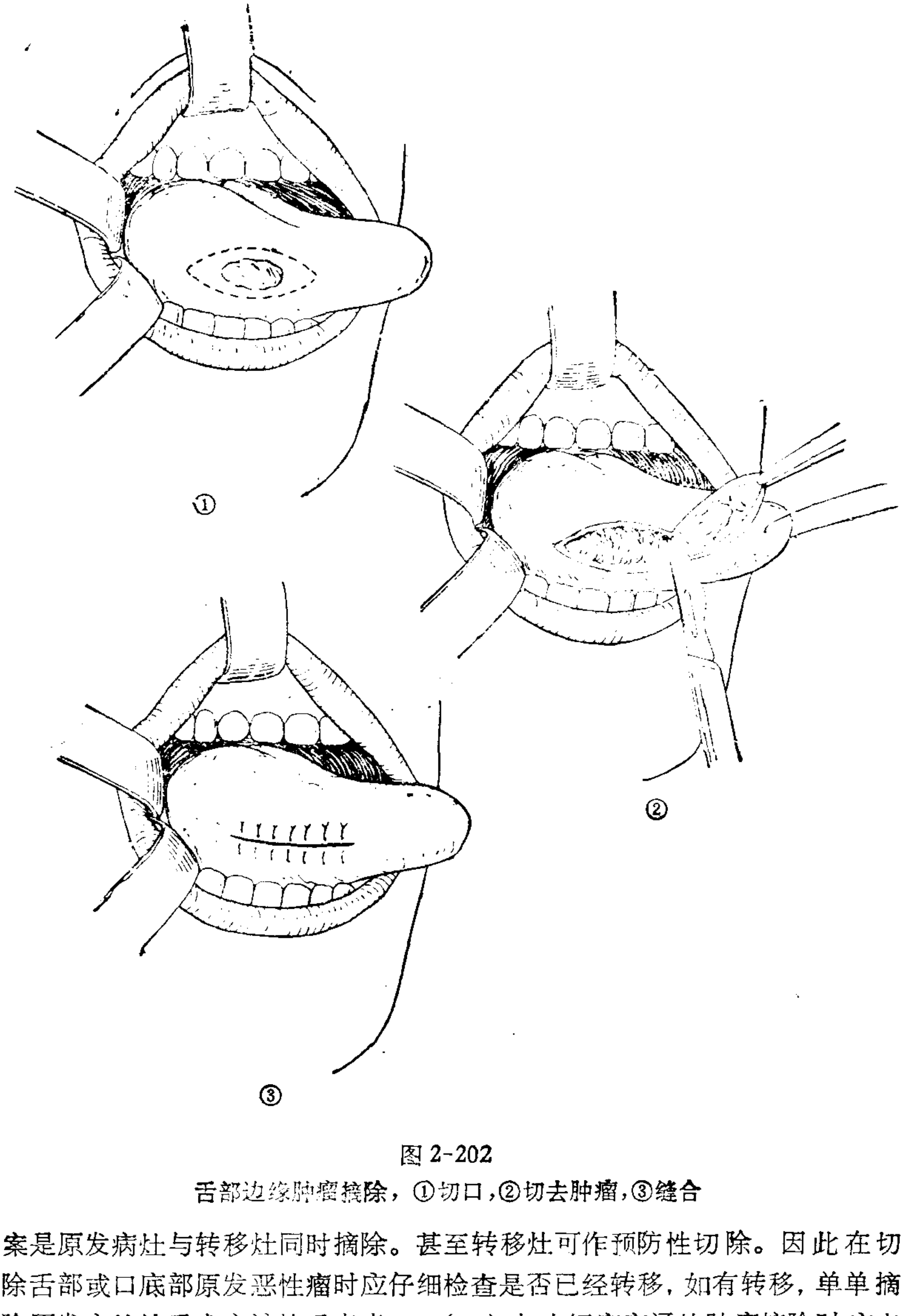


图 2-202
舌部边缘肿瘤摘除，①切口，②切去肿瘤，③缝合

案是原发病灶与转移灶同时摘除。甚至转移灶可作预防性切除。因此在切除舌部或口底部原发恶性瘤时应仔细检查是否已经转移，如有转移，单单摘除原发病灶的手术应该慎重考虑。（4）与上颌窦穿通的肿瘤摘除时应考虑到如何防止术后上颌窦发生继发性感染。术后用油纱布填塞的办法并不能阻止上颌窦继发感染，因此预先作好塑料护板，仍不失为比较可靠的方法。

第十二节　口腔与上颌窦及鼻腔有关手术

［适应症］

（1）本手术的目的是在口腔手术中如何防止上颌窦及鼻腔发生感染，或者口腔与上颌窦或鼻腔的长期穿通。因此凡是口腔疾病波及上颌窦或鼻腔者都是手术适应症。（2）口腔与上颌窦有关手术，必须在上颌窦炎症完全控制以后才能进行。因为上颌窦的脓性分泌物影响手术伤口的愈合。一旦一次手术失败，由于疤痕的挛缩，再次手术的成功就更加困难了。（3）在拔牙取根手术中被推入上颌窦的残根都必须立即取出。否则上颌窦感染后再治疗就困难了。

［手术方法］

一、牙源性上颌窦炎拔牙手术的处理

（1）牙源性上颌窦炎多发生在上颌第一磨牙或第二磨牙。上颌窦炎有时是全部上颌窦发炎，也有时是上颌窦底部牙根根尖部的局限性骨髓炎。（2）在拔牙时发现有大量脓液自牙槽窝排出。上颌窦与牙槽窝穿通。进一步诊断方法是：嘱患者捏紧鼻腔，用力鼓气可见有带血的气泡自牙槽窝排出。（3）遇到这种情况应停止继续扩大牙槽窝与上颌窦的穿孔也不要自牙槽窝冲洗上颌窦。以纱球盖着牙槽窝，咬紧。（4）立即将患者转到五官科，作上颌窦鼻腔穿刺，冲洗上颌窦。（5）在缺牙的牙槽窝上尽快的作一塑料护板，减少患者在饮食时食物进入上颌窦。（6）每日作颌窦冲洗一次并注入抗菌素直至上颌窦无脓液分泌为止。（7）牙槽窝与上颌窦的穿孔由护板与口腔隔离。在上颌窦脓性分泌物停止以后，大多数穿孔能自行愈合。如果几个月以后，形成长期的漏洞，则需考虑作龈瓣封闭手术。

二、残根落入上颌窦取根手术

（一）残根被推至上颌窦粘膜下取根手术

（1）根被推入上颌窦，有时并非落入窦腔内，而是夹在上颌窦底部骨板与上颌窦粘膜之间，其位置在牙槽窝与上颌窦穿孔的四周。术前的诊断方法是：摄根尖片两张，摄完第一张以后，嘱患者改变头位，作前伏后仰的动作，然后再以同样片位摄第二张根尖片。如残根在X线上的位置改变了，说明残根已落入上颌窦。如两张根尖片残根的位置并无改动，说明残根是在上颌窦粘膜下。（2）残根被推入上颌窦，在取根时有突然穿洞的感觉。原来能看得

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

见的残根突然不见了。牙槽窝内有血或血泡出现。嘱患者捏紧鼻腔鼓气，有血泡自牙槽窝排出。这些情况说明牙槽窝已与上颌窦穿通。残根已被推入窦内（图 2-203.2-204）。（3）一旦证实残根已被推入上颌窦，即应停止再在

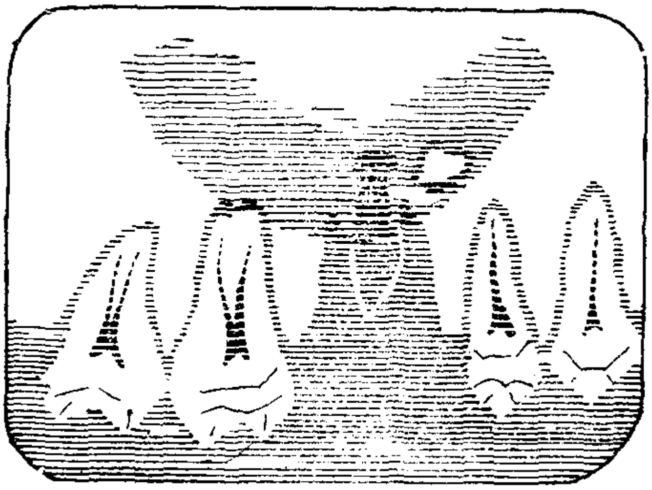


图 2-203
X线简图示上颌方一磨牙腭根断根落入颌窦

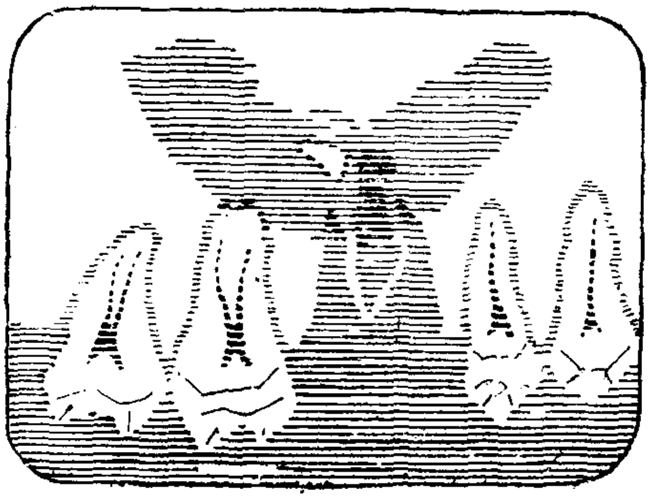


图 2-204
X线简图示头位改变，窦内的残根位置亦改变，表示断根已落入窦腔

牙槽窝内寻找断根，或企图扩大牙槽窝与上颌窦的穿孔自穿孔内取出断根的可能。因为这样作只会把原来位于上颌窦粘膜下的根正式推入上颌窦。并增加了上颌窦感染的可能，并使术后后遗上颌窦与口腔长期穿通的可能性大大增加之外，很难侥幸自牙槽窝内取出落入上颌窦的残根。（4）准备颊侧龈瓣，龈瓣的切口在牙槽窝的近中及远中各作一垂直切口，切口自牙龈缘开始向上到达龈沟，形成一个梯形龈瓣（图 2-205）。（5）将龈瓣翻开，用咬骨

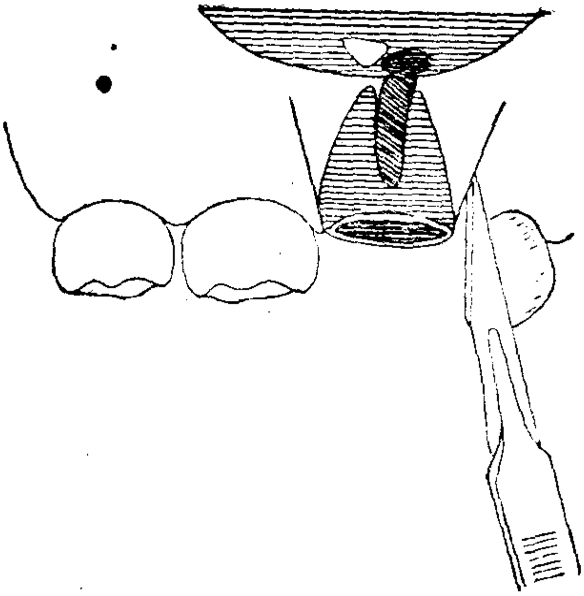


图 2-205　上颌窦取根手术切口

钳将近远中颊根的牙槽窝颊侧骨板全部剪去，再将牙槽中隔剪去。（6）牙槽窝的颊侧骨板及中隔剪除以后，与上颌窦的穿孔即能清楚的暴露。必要时可将穿孔略加扩大，以达到视野清楚。但扩大时应非常仔细，保守。并注意勿将位于洞口附近的残根推入窦腔（图 2-206，2-207）。（7）以聚光灯仔细检

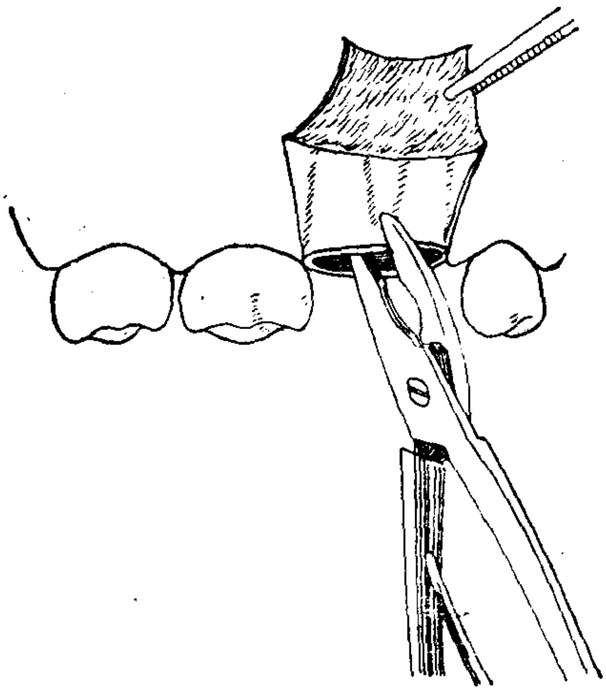


图 2-206
上颌窦取根手术，剪去牙槽窝颊侧骨板

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

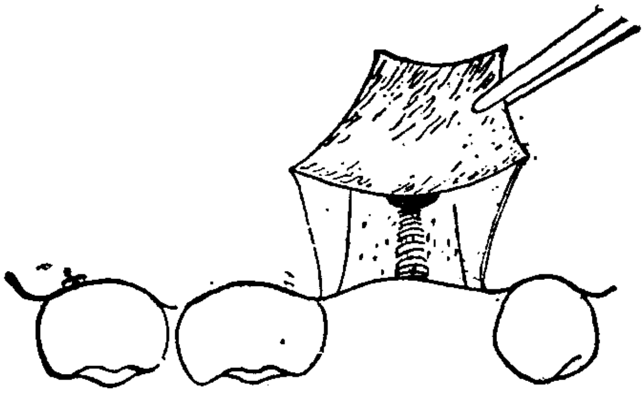


图 2-207

上颌窦取根手术剪去颊侧骨板及中隔暴露上颌窦穿孔

查上颌窦粘膜的下方。用纱布止血时应注意勿将上颌窦粘膜压破。如果上颌窦粘膜已穿破，止血时慎勿将残根推入窦腔。（8）有良好的照明及止血，则不难找到位于上颌窦粘膜下的残根。小心用刮匙将残根取出(图2-208)。（9）用牙龈刀切去牙槽窝腭侧牙龈缘的牙龈约0.5厘米，使腭侧牙槽骨暴露一部分。切去这部分牙龈的目的是使复位的颊侧龈瓣与腭侧牙龈的缝合线不在穿孔上，而且以正常骨组织作为支架。这一手术步骤对龈瓣的愈合，伤口不致裂开或穿孔，有很重要的意义(图2-209)。（10）将颊侧龈瓣，覆盖

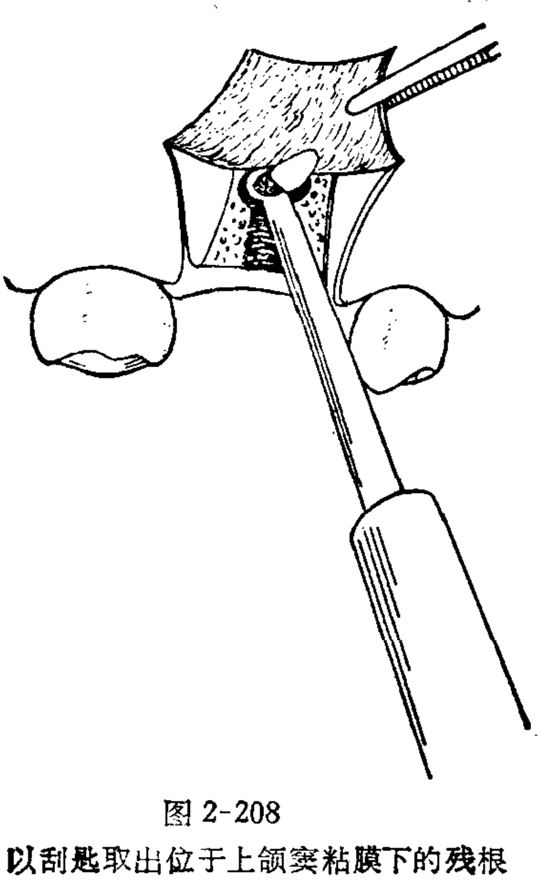


图 2-208

以刮匙取出位于上颌窦粘膜下的残根

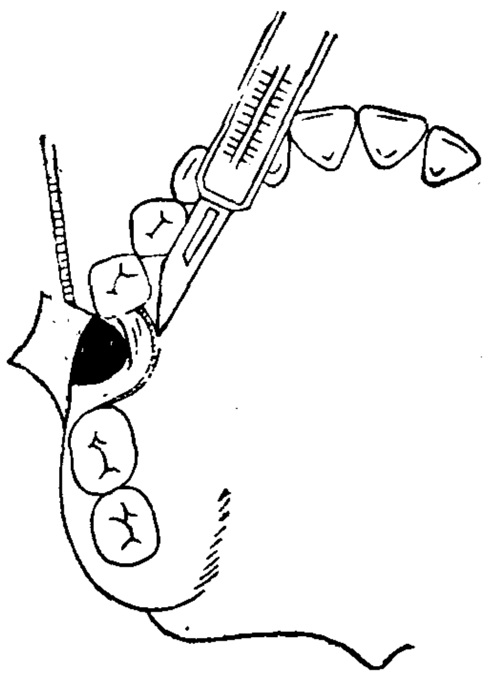


图 2-209

切去穿孔腭侧部分牙龈

穿孔，拉至腭侧，使之与腭侧牙龈紧密接触，如果长度不够，或张力过大，可自龈瓣的基部沿颊沟向上，用剪刀剪开附丽的颊肌纤维。注意保持龈瓣相同的厚度。松弛到达颊沟处时，应将剪刀的方向转向颊沟的下方，以免将龈瓣的基部剪穿。如此操作，龈瓣会有明显的增长，但会使龈沟变浅，可能影响今后的托牙修复。只能等相当长的时候再作龈沟加深手术（图 2-210）。（11）缝合龈瓣，首先缝合颊侧龈瓣于舌侧牙龈上，缝合要求非常严密。近远中的垂直切口不一定要求严密缝合，如果张力大，可以缝松一些，10天拆线（图2-211）。

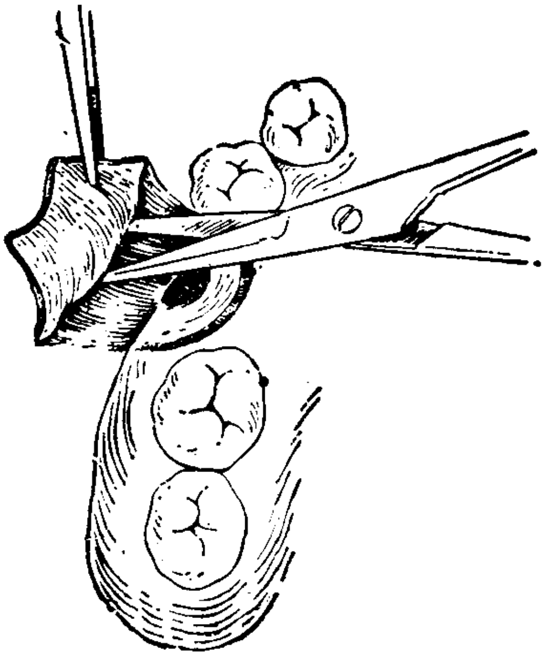


图 2-210
松弛及延长龈瓣

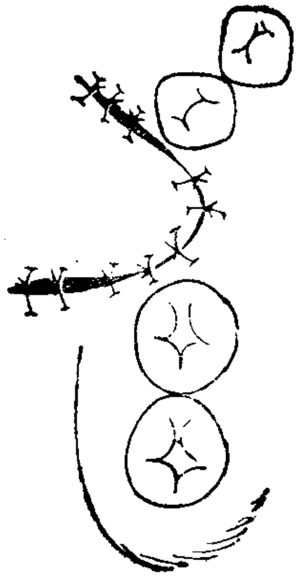


图 2-211
龈瓣复位缝合

（二）残根推入上颌窦腔内取根手术

（1）残根推入上颌窦腔。上颌窦粘膜已穿破，根的位置可能在穿孔的附近，也可能移至上颌窦的前方，或落至较穿孔位置更低的上颌窦底部。摄片必须摄及全部上颌窦的下部，有时需要摄两张根尖片。上颌咬殆片亦有诊断价值。（2）取根方法，在准备颊侧龈瓣，去除牙槽窝的颊侧骨板及牙槽中隔，扩大牙槽窝与上颌窦的穿孔的方法都与残根位于上颌窦粘膜下的取根方法相同，牙槽窝与上颌窦的通道扩大以后，首先以聚光灯检查洞口四周，是否有残根发现。有时残根虽已穿破上颌窦粘膜，但有时可粘连在穿孔周围的肉芽组织上，有时可能在视线能达的部位找到残根，可用刮匙或镊子小心取出残根。（3）如在洞口附近找不到残根时，即可用冲洗的方法冲洗上颌窦，使残根被水流冲出。方法是准备 20 毫升注射器，及温生理食盐水。嘱患者吸一

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

大口气，立即用注射器不装注射针，自上颌窦穿孔加压注入20毫升生理盐水于上颌窦内，将患者鼻腔捏紧，低头，鼓气，将灌入上颌窦的水，随着鼓气的压力自上颌窦开口处流入口腔。再嘱患者将口腔内的水全部吐于腰盘内(图2-212)。（4）在患者吐水时，注意倾听有无硬物落入腰盘内的声音。仔细检查腰盘内的水，吐出的血块内，分泌物内，有无残根。（5）如一次冲洗完毕后，腰盘内如无残根发现，应再检查一次洞口。有时残根已被冲至洞口，但可能横在洞口不能出来，如果此时即开始第二次冲洗，残根又被冲进洞内。如果确实在洞口附近没有发现残根时可开始第二次冲洗。

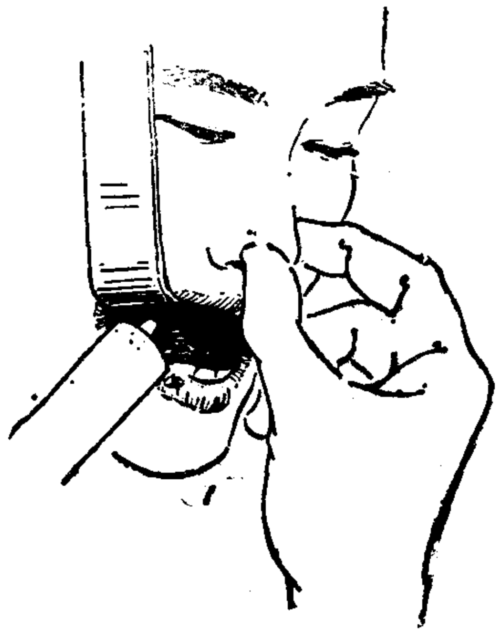


图 2-212
冲洗落入上颌窦内的残根，
捏紧鼻腔，注盐水于窦内。

（6）经过几次冲洗后，一般均能将残根冲出。如果冲洗失败了，可改用纱条填塞法。方法是用长碘仿纱条塞满上颌窦腔，再将纱条拉出，使残根被纱条带出。（7）冲洗和纱条填塞法都没有找到残根，可将颊侧龈瓣复位，缝合。过数日以后用直接取根法取根，方法是在犬齿凹处作切口，打开上颌窦前壁，用镊子直接取出残根。（8）冲洗，或纱条填塞取出残根后，将龈瓣复位缝合，方法与牙根在粘膜下取根法相同。

三、上颌囊肿波及上颌窦

（一）囊肿与上颌窦之间尚有骨板相隔

（1）囊肿与上颌窦之间尚有骨板相隔，但上颌窦因受囊肿的压迫，有明显缩小。（2）手术方法可按一般颌骨囊肿摘除的方法，在刮除囊肿顶部囊膜时，小心勿将骨板刮穿，以免造成窦腔与囊腔的穿通。待囊肿摘除后，消除了对上颌窦的压力。窦腔可逐渐恢复(图2-213)。

（二）囊肿与上颌窦之间无骨板相隔，上颌窦粘膜完整

（1）上颌窦底部骨板已破坏，但上颌窦粘膜并未破坏。与上颌窦粘膜粘连。（2）手术方法与一般颌骨囊肿相同，刮除囊膜时，很难与上粘连的上颌粘膜剥离。尽可能将囊膜剥离干净，又不穿破上颌窦粘膜。（3）但多数

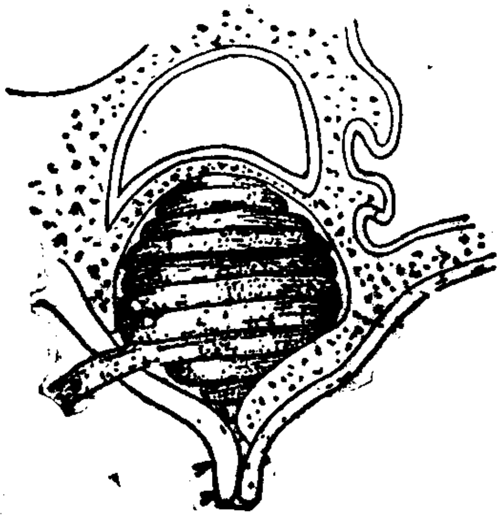


图2-213
上颌窦与囊肿之间有骨板
相隔，术后纱条填塞

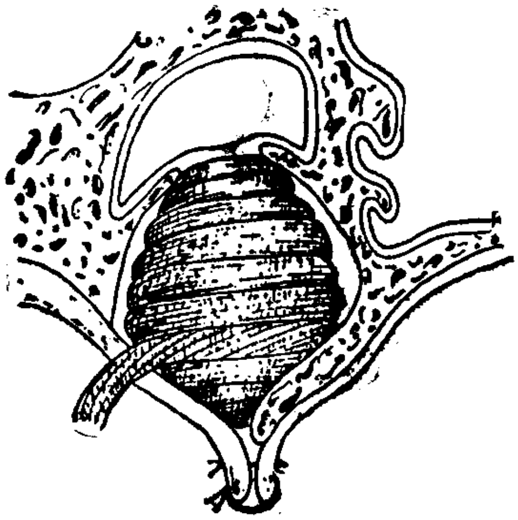


图 2-214
上颌囊肿与上颌窦之间仅有
上颌窦粘膜相隔，术后填塞及缝合

情况，上颌窦粘膜与囊膜紧密粘连，或者上颌粘膜有炎症时，剥离实属困难，则不得不将上颌窦粘膜一起剥除，造成上颌窦与囊腔的穿通。仔细检查上颌窦粘膜的情况。不健康的上颌窦粘膜必须同时剥去，否则上颌窦的炎性分泌物可使骨腔感染，使囊肿摘除手术失败。（4）碘仿纱条填塞如上颌窦未穿通，可填满骨腔即可。如上颌窦已穿通，或部份上颌窦粘膜已剥除，则纱条填塞必须连上颌窦一起填满(图 2-214)。

(三) 囊肿与上颌窦之间无骨板无粘膜相隔

（1）这类囊肿可能占据了全部上颌窦，也可能尚有一小部分窦腔及粘膜残留。术后成为一个大的骨腔。如果腔内尚有上颌窦粘膜残留，粘膜可能爬行生长于腔的骨壁上，而成为一个大的上颌窦。（2）手术方法与上述的手术方法相同，健康的上颌窦粘膜可以保留。不健康的粘膜应全部刮除。（3）碘仿纱条应填满窦腔及囊腔。纱条的出口应自鼻腔引出，方法是：鼻腔粘膜用可卡因或地卡因涂布麻醉后，用穿刺器自骨腔内侧壁向下鼻甲穿一个洞，以止血钳将纱条的一端穿过此洞至鼻前庭，拉至上唇皮肤上，以橡皮膏固定(图 2-215，2-216，2-217，2-218)。

四、口腔与上颌窦、鼻腔穿通封闭手术

(一) 位于牙槽嵴颊侧的上颌窦穿孔封闭术

（1）极小的颊侧牙槽嵴上的穿孔如铅笔芯大小者，可切除穿孔周围不

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

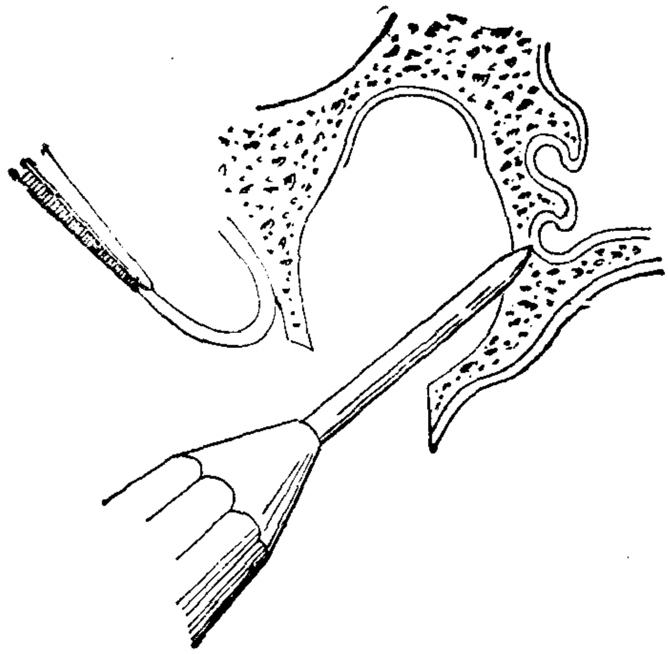


图 2-215
上颌囊肿与上颌窦穿通向下鼻甲打洞

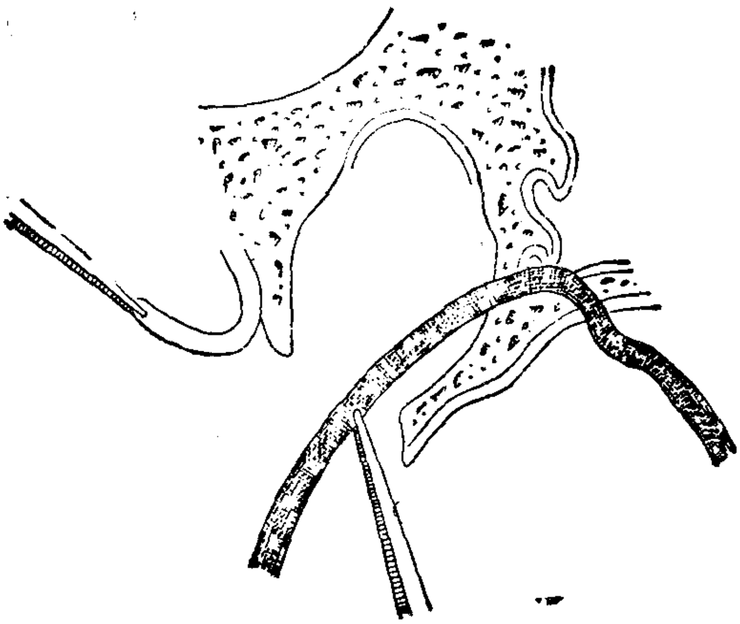


图 2-216
纱条自骨腔穿过下鼻甲至鼻前庭

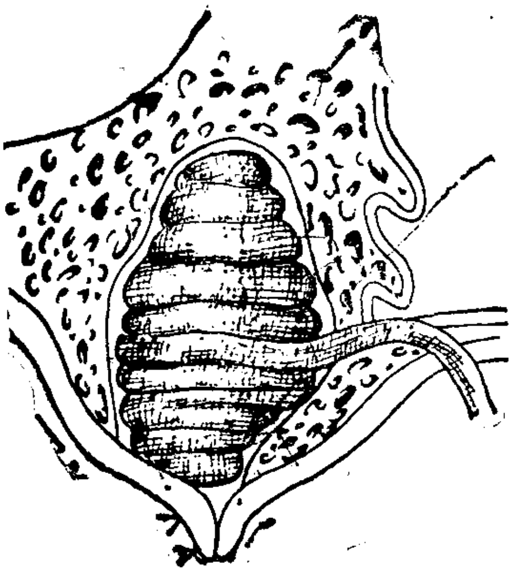


图 2-217
窦腔及囊腔纱条填塞自鼻腔引出

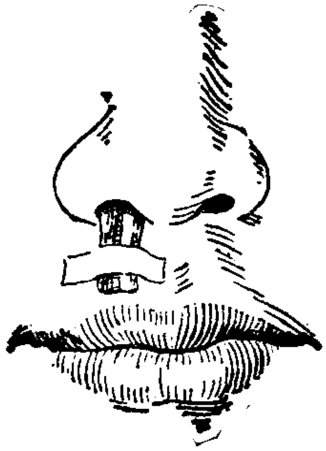


图 2-218
纱条固定于上唇

正常组织并形成新鲜创面，剥离穿孔四周的牙龈，拉拢缝合，一般都能得到愈合。（2）较大的穿孔必须应用滑行粘骨膜瓣来覆盖穿孔。方法是：将穿孔四周的不正常牙龈，包括部分正常牙龈切去一个圆周，使暴露穿孔四周的正常骨面。沿创面两端向上作平行切口到颊沟并切透骨膜。剥离切口内的粘骨膜瓣，将其拉下，覆盖穿孔及周围的骨面，紧密缝合(图 2-219)。（3）如果

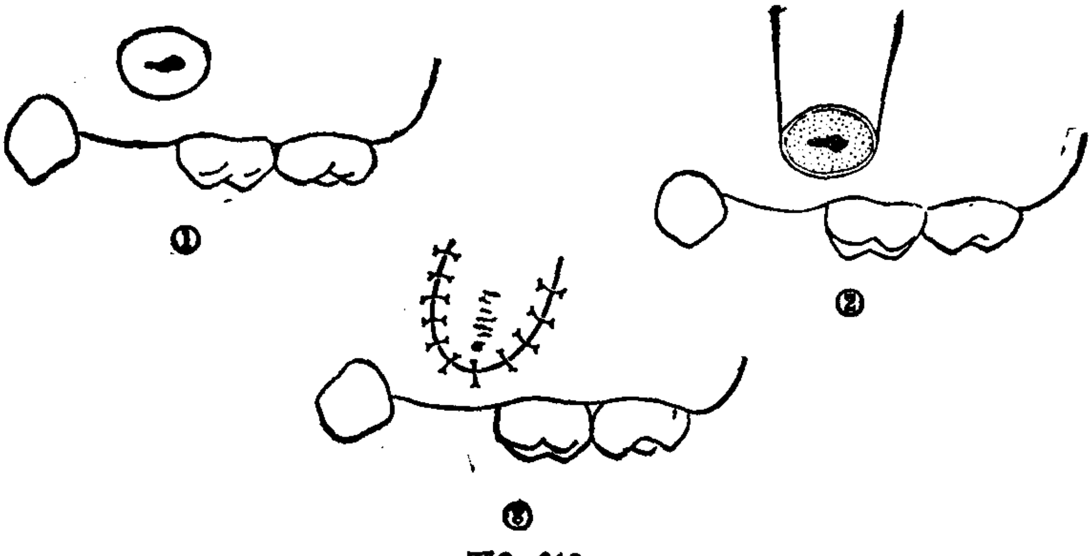


图2-219
位于牙槽嵴颊侧的上颌窦穿孔封闭手术
①切除穿孔周围牙龈 ②粘骨膜瓣切口 ③缝合粘骨膜瓣

穿孔的位置较高，或颊沟过低，用上述方法作滑行粘骨膜瓣则嫌过短。可改用近中或远中的转移粘膜瓣来修复。方法是：按照上述方法切除穿孔周围的牙

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

龈及锐利骨缘。在创面的近中或远中设计一弧形粘骨膜瓣。瓣的蒂部在上方使有足够的血运供应。剥离粘骨膜瓣转至穿孔处，紧密缝合（图2-220）。

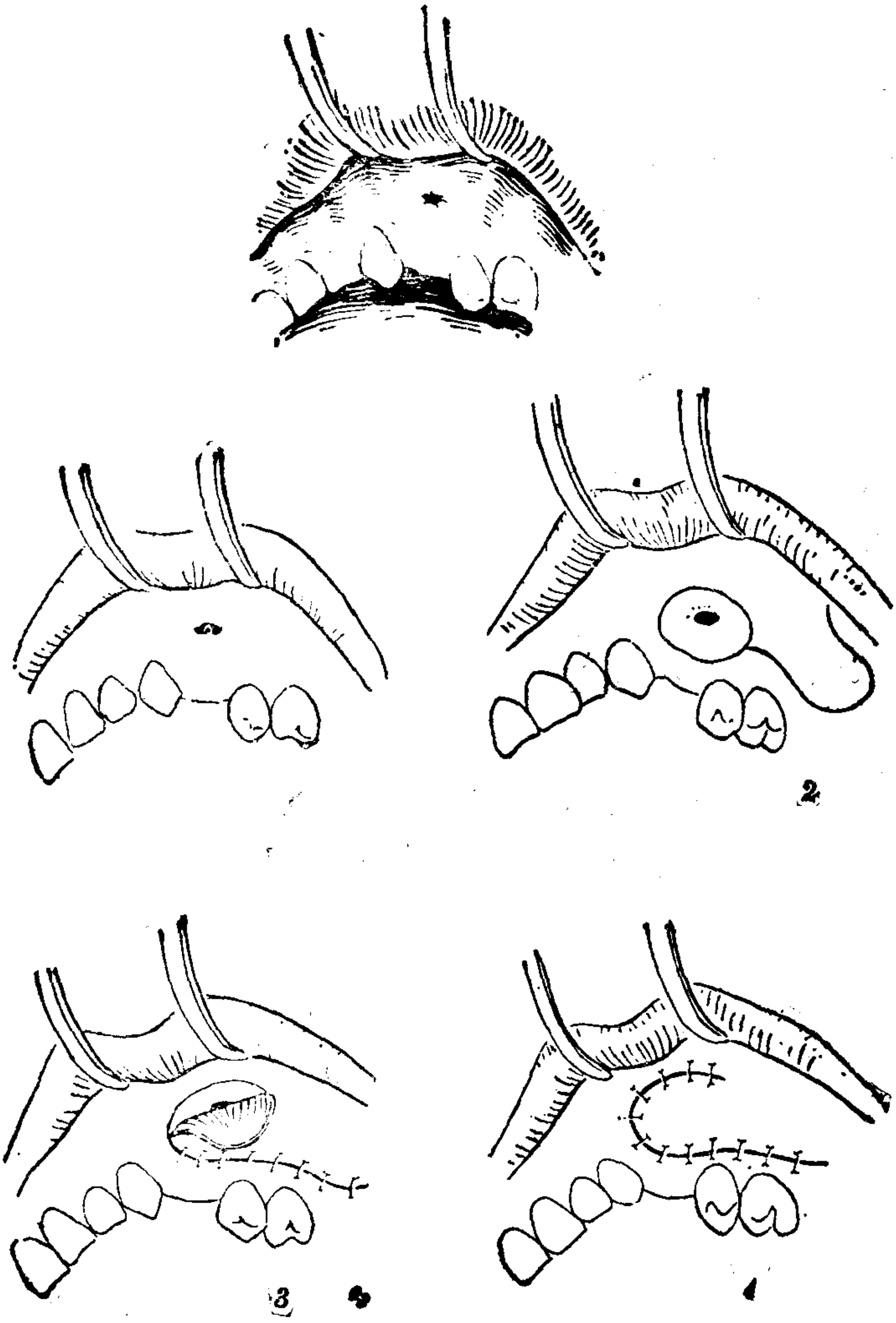


图2-220
位于牙槽嵴颊侧的上颌窦穿孔封闭手术
①穿孔　②切口及远中龈瓣准备　③龈瓣转向近中　④缝合

（二）位于牙槽嵴正中的穿孔封闭术

（1）位于牙槽嵴正中的上颌窦穿孔，比较适宜于用颊侧龈瓣修复，因颊侧龈瓣比较柔软，有较大的伸展力，操作容易。但缺点是术后颊沟变浅，或全部消失，对今后镶补托牙造成困难，需要作颊沟加深手术。（2）如果磨牙区缺牙，而穿孔又较大，颊侧龈瓣的范围可以大一些。方法是：去除穿孔周围的组织，在洞口两侧各作弧形切口，远中切口可达上颌结节后方。近中切口向近中上方到达第二双尖牙区的颊沟上方。剥离粘骨膜瓣。用锋利手术刀以同样的厚度剥开颊沟处的组织，然后将龈瓣拉向舌侧，覆盖洞口，紧密缝合于舌侧牙龈（图2-221）。（3）如果穿孔近远中有牙。可在穿口的近远中向颊

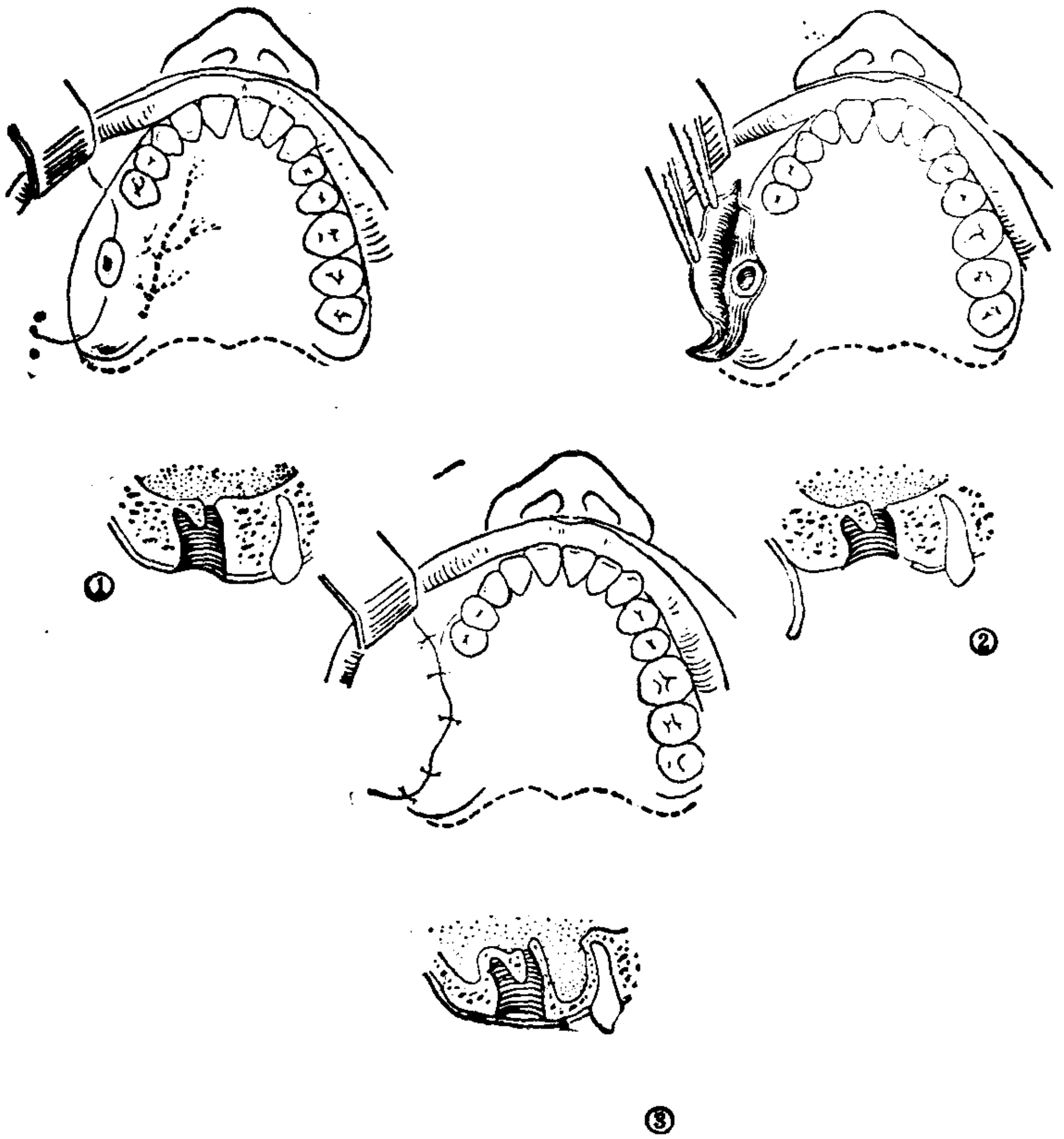


图2-221 位于牙槽嵴正中的上颌窦穿孔，用颊侧粘膜瓣修复
①去除穿洞周围的组织 ②穿洞的近远中各作一弧形切口 ③粘膜瓣覆盖穿孔，缝合

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

沟作平行切口准备颊侧龈瓣。再将洞口舌侧的牙龈切去一部分，将颊侧龈瓣拉至舌侧，穿过近远中的牙齿，覆盖穿孔，缝合于舌侧牙龈（图2-222，2-223）。

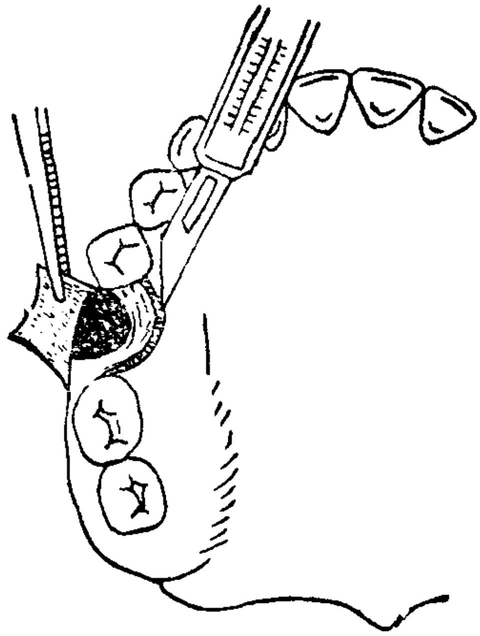


图 2-222 上颌窦口腔穿孔颊侧龈瓣及切去舌侧牙龈

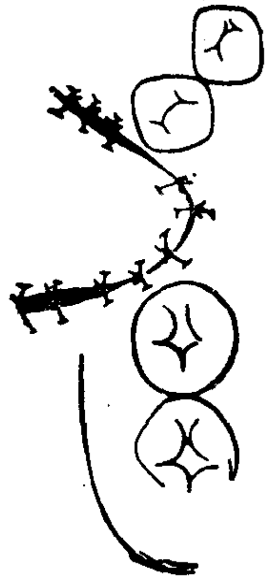


图 2-223 龈瓣拉至舌侧缝合

（三）位于牙槽嵴腭侧的穿孔封闭术

（1）位于牙槽嵴腭侧，或略偏腭侧的穿孔，因颊侧龈瓣的长度不够，只能用腭侧龈瓣修复。可以用同侧的龈瓣，也可用对侧的腭侧龈瓣。但腭侧龈瓣都必须包含腭大动脉于龈瓣之内一起转移。（2）先去除穿孔周围的牙龈。去除一切病变组织，使洞口周围有正常骨组织暴露为止。这一步骤不应太保守。否则会造成手术失败。（3）设计一个足够大小的粘骨膜瓣，蒂部在硬腭的后方相当于腭大动脉出腭大孔处。剥离时注意连同骨膜一起剥离以免剥断动脉。（4）将龈瓣转移至洞口及暴露的骨面上。在龈瓣设计及转移时不宜使皮瓣过于弯曲，因皮瓣过于弯曲使动脉血流不畅或停止，使皮瓣的颜色变为苍白，继而坏死。（5）龈瓣转移后，弯曲的部分可有一个皱摺，如果皱摺不影响洞口的覆盖及缝合、可以不作处理。如皱摺使缝合困难，而又不致损伤血管，可切去一个“V”形的组织。然后缝合。（6）龈瓣转移后，部分龈瓣覆盖于正常的牙龈粘膜上，这种情况也可不作处理，等洞口完全愈合以后，龈瓣可能自行退缩，即使硬腭上有不平之处，可等后期再作修整手术（图2-224）。（7）粘骨膜瓣转移后，所形成的创面，用安息香酸酊涂抹后以碘仿油纱布填塞，并将其缝于周围牙龈上，以保护伤口并减低粘膜瓣的张力。

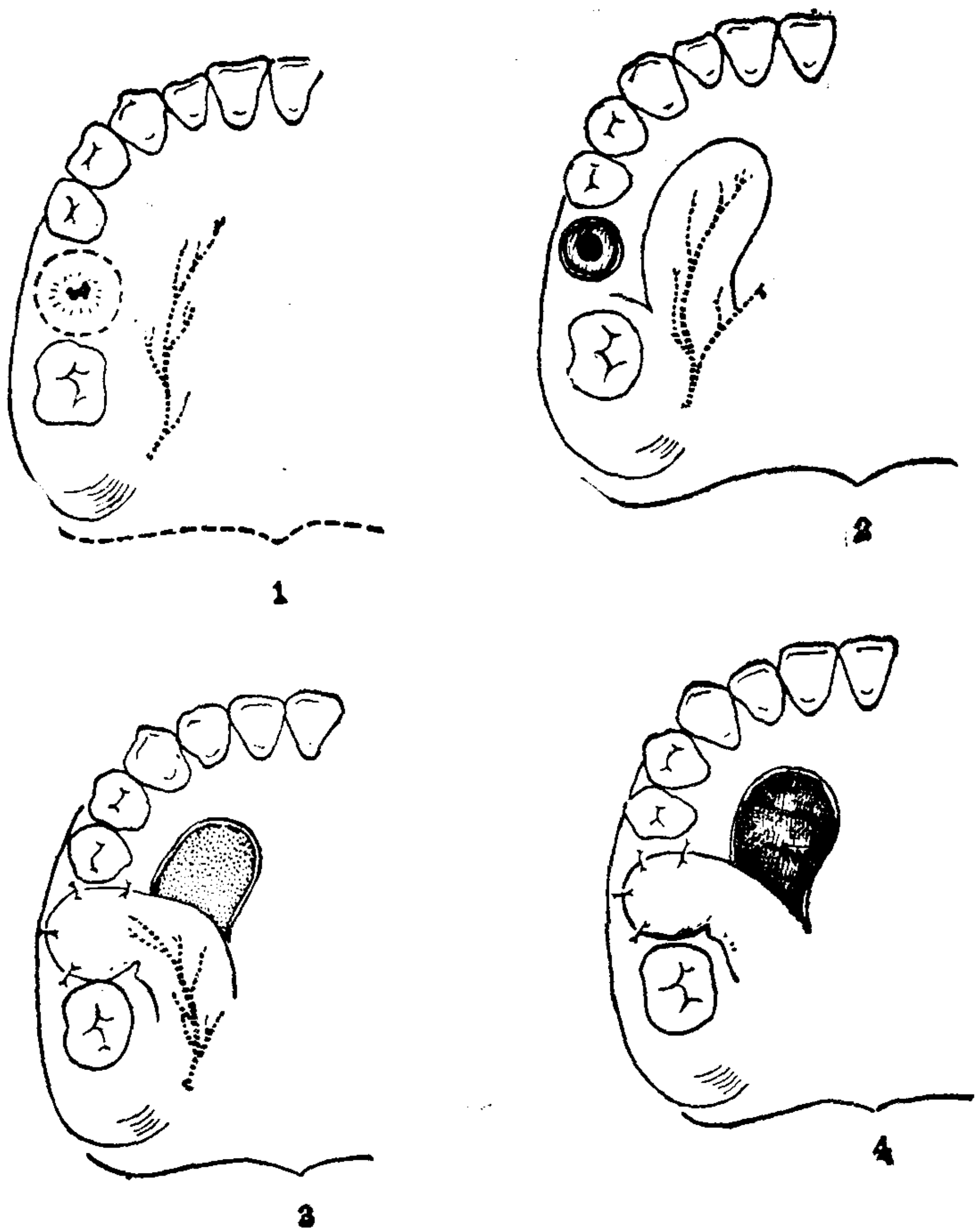


图 2-224
用腭侧粘膜瓣封闭上颌窦穿孔
①上颌窦穿孔，去除周围组织切口 ②,③转移含有腭大动脉的腭粘骨膜瓣
④缝合粘骨膜瓣，油纱布填塞创面

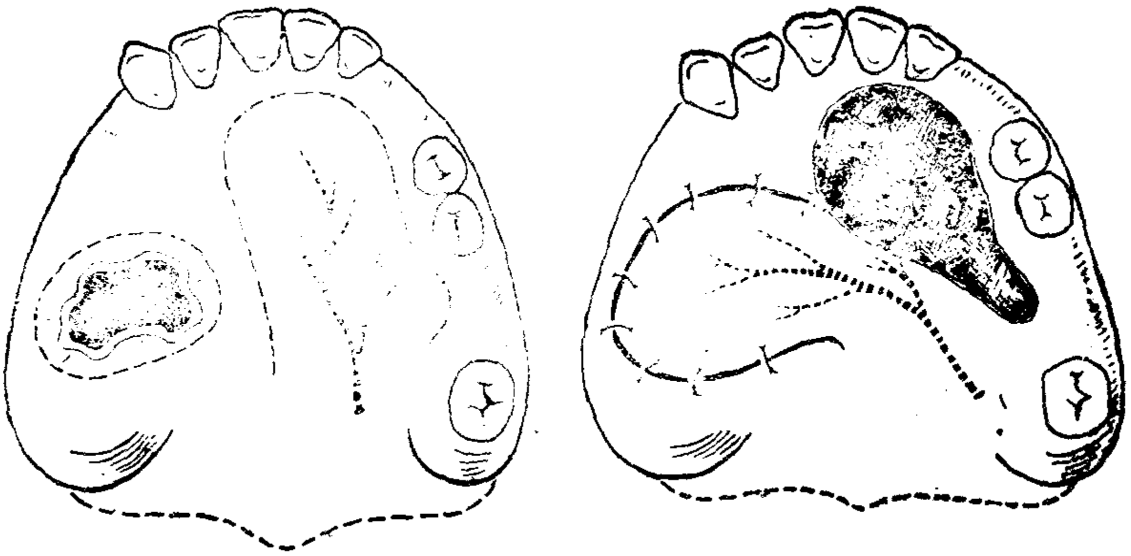
（四）较大的上颌窦穿孔封闭术

【1】对侧腭侧龈瓣转移封闭上颌窦穿孔手术

（1）较大的上颌窦穿孔本侧的龈瓣已经不够使用，可取对侧龈瓣进行修复。（2）去除洞口周围的组织，使暴露洞口周围的正常骨面。（3）设计在对侧腭侧，含有腭大动脉的粘骨膜瓣。（4）将粘骨膜瓣转至洞口，

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

紧密缝合。创面用油纱布填塞(图2-225)。



①　　　　　　②

图 2-225

用对侧腭部粘骨膜瓣修复上颌窦大穿孔

①切口及粘骨膜瓣设计　②粘骨膜瓣转移及缝合

【2】绞链式皮瓣封闭上颌窦穿孔手术

(1)较大的上颌窦穿孔,用单纯的皮瓣转移,皮瓣的内侧均无粘膜衬里。皮瓣的创面暴露于上颌窦的底部,易于感染坏死使手术失败。(2)绞链式皮瓣是将口腔粘膜,转入上颌窦内使成鼻粘膜的一部分。方法是:在洞口周围作一圆形切口,切透骨膜。(3)在圆周的近远中各切去一个三角形的缺口。(4)剥离圆周以内的粘骨膜瓣。剥离时应仔细勿剥断鼻粘膜,以免将龈瓣剥断。剥离后就成为两个半圆形粘骨膜瓣。(5)将这两个半圆形的龈瓣翻向上颌窦穿孔内,使口腔粘膜成为鼻粘膜一部分。两龈瓣相对缝合。(6)设计一腭侧龈瓣,转至洞口,缝合(图2-226)。

[手术应注意问题]

(1)口腔与上颌窦穿通封闭手术的成功与失败关键在于上颌窦是否有脓性分泌物。因为上颌窦的口腔穿孔位置最低。即使作了上颌窦与鼻腔的开窗而脓性分泌物依然会从最低的穿孔排出,因而造成手术的失败。

而大多数口腔与上颌窦穿孔,上颌窦均已有不同程度的炎症存在。如果不彻底控制上颌窦炎症而进行封闭手术,手术是注定要失败的。因此在作封闭手术以前首先要制作一个塑料护板,基本上隔绝口腔与上颌窦的穿通。然后每天自穿孔冲洗上颌窦,并直接注入抗菌药物。直至确实无脓性分泌物以后再作封闭手术。这个护板对手术的成功会起很大作用。如果经过长期冲洗仍不能控制上颌窦的炎症,那就必须作上颌窦根治手术。或者根治手术与封

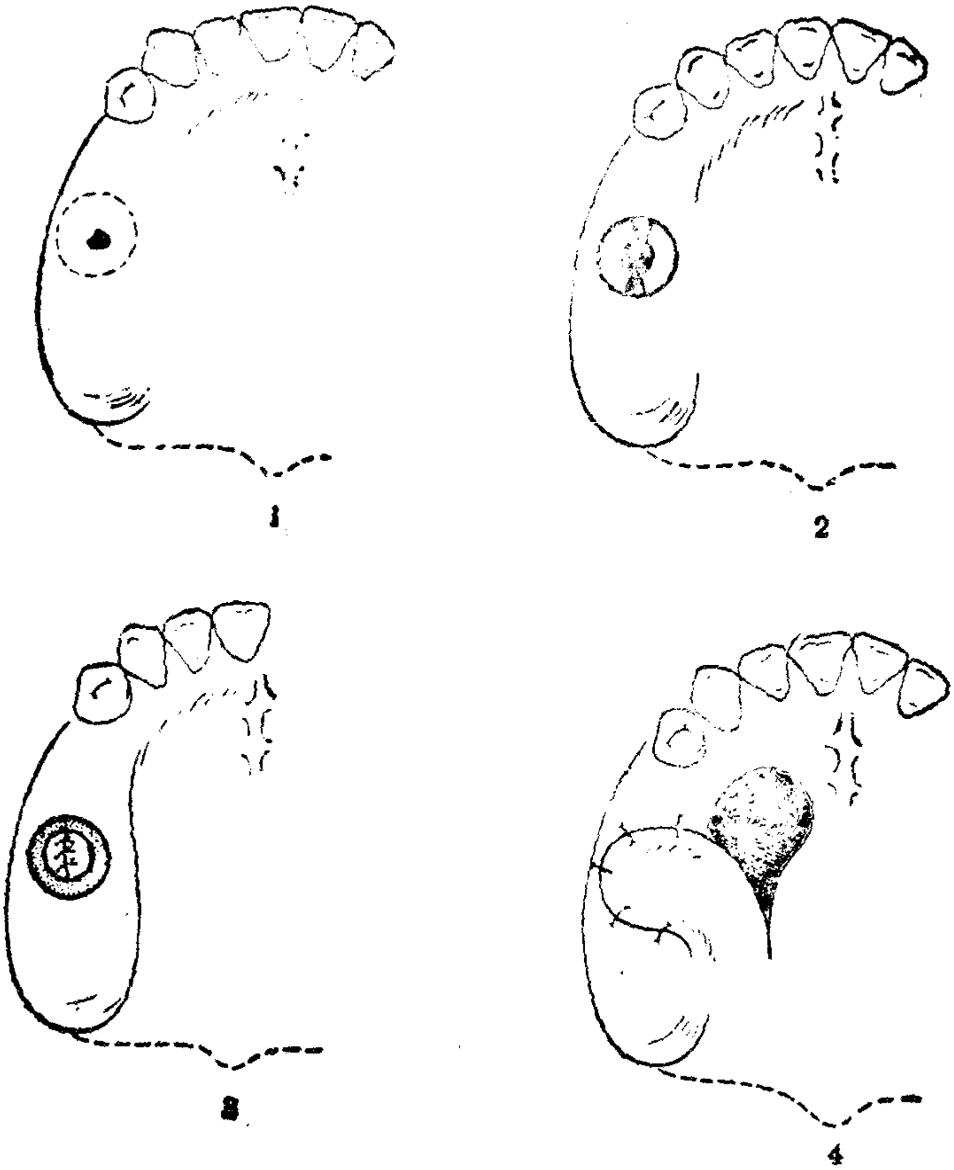


图 2-226

铰链式皮瓣，封闭上颌窦穿孔

①切开穿孔周围牙龈　②切口正中切去两个三角形组织

③将剥离的皮瓣翻向上颌窦，并缝合　④用腭侧皮瓣覆盖于铰链皮瓣之上

闭手术同时进行或者先作根治手术，但要用护板隔离与口腔的穿通。然后再作封闭手术。（2）上颌囊肿波及上颌窦的手术原则要保证手术的严密缝合。否则会造成口腔、囊腔及窦腔的穿通，这样的穿通就很难手术封闭了。囊肿与上颌窦是否有炎症也是严密缝合能否获得成功的关键。控制炎症的方法切勿在牙龈上作切口进行引流。因为牙龈上的切口会影响术后的一期愈合。最好的引流方法是拔除有关的牙齿，由牙槽窝进行引流。（3）断根被推入上颌窦后，一定要负责取出，否则会给病员带来不良的后果。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

而更重要的是如何防止将根推入上颌窦，只要在取根时，视野清楚，小心谨慎，是完全可以避免的。

断根被推入上颌窦往往是在视野不清，向上颌窦的方向插牙挺时发生的。因此插牙挺时看清断根的位置，插牙挺于断根下方的骨壁上，然后以牙槽壁作为支点，向残根的方向及下方挺出残根(图 2-227，2-228)。

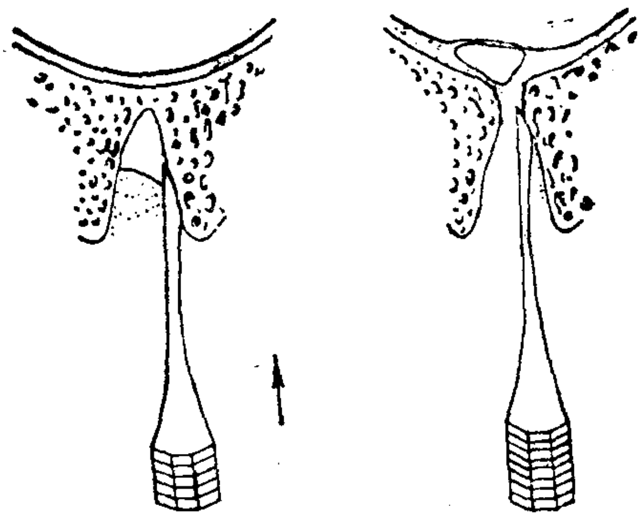


图 2-227
沿残根长轴插牙挺易于将残根推入上颌窦

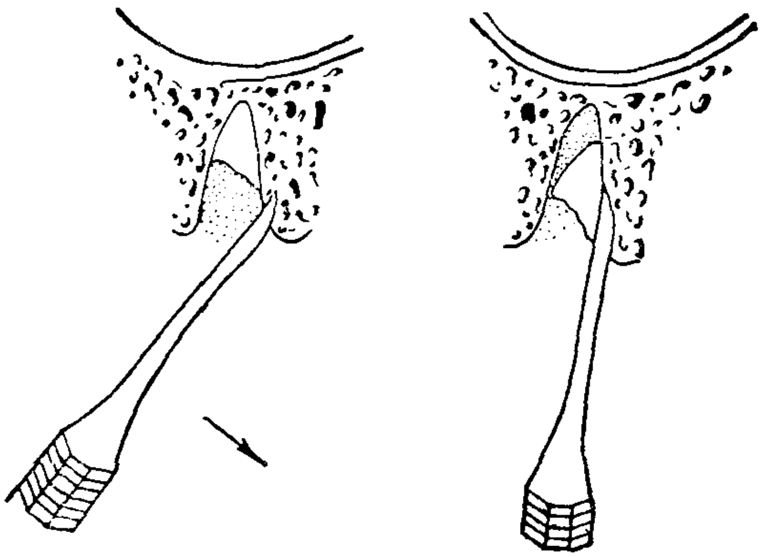


图 2-228
自残根下方将牙挺插入骨壁

第十三节　涎 腺 手 术

［适应症］

（1）颌下腺结石摘除术，应明确诊断结石系在主导管内才能进行手术，在腺体内的结石，不能单纯用涎石摘除术治疗，一般需要作颌下腺摘除才能治愈。（2）腮腺瘘手术前为了防止与其他部位的瘘管相混，应作好区别诊断，方法是以少量美蓝自腮腺导管口注入。观查是否有美蓝自瘘管排出。或者化验自瘘管排出的液体，是否含有淀粉酶。

［手术方法］

一、涎腺炎冲洗手术

（1）涎腺炎冲洗手术多用于腮腺或颌下腺化脓性炎症的治疗。（2）冲洗以前最好能作涎液的细菌培养，及抗菌药物的敏感试验，以便选用最有效的抗菌药物。（3）准备眼科用的泪囊探针及用磨石磨钝的注射针。（4）寻找涎腺导管口的位置，腮腺导管口位于相当于上颌第二磨牙部位的颊侧粘膜上，颌下腺导管位于舌系带两侧的舌下肉阜上。寻找导管口有困难时，可将导管口部位的粘膜揩干，顺着腺体至导管口的方向在皮肤上作按摩，有涎液或脓液排出的管口即是导管口。（5）按摩时如有脓液排出，可继续按摩尽量使脓液排空。（6）以碘酊消毒导管口，用探针探入，略加括大后，插入注射针。（7）先以生理食盐水冲洗，注入后，按摩腺体使其排出，反复冲洗2～3次，最后注入抗菌药物。（8）每日冲洗1～2次。

二、颌下腺结石摘除术

（1）手术前应摄下颌咬矜片，以明确结石的位置及大小。（2）较大及位于导管前方的结石一般可以扪到，导管后方的结石因位置较深，不易扪到，如果结石的位置较后，可以手指沿导管的方向，及结石的后方向前推动。（3）用丝线穿过导管的深面，及结石的后方，线的两端作为牵引，以防手术时将结石推到后方。（4）用探针自导管口探入导管，将导管前部抬起，沿探针将粘膜及导管切开。（5）用手指自导管后方沿导管向前轻轻挤压，至切口处，取出结石。（6）缝合表面的粘膜，导管不作缝合(图2-229，2-230)。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

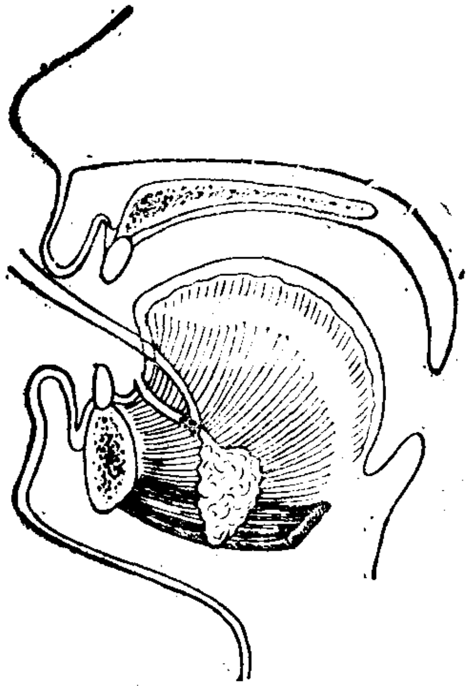


图 2-229　颌下腺结石
摘除术用丝线牵引结石后方

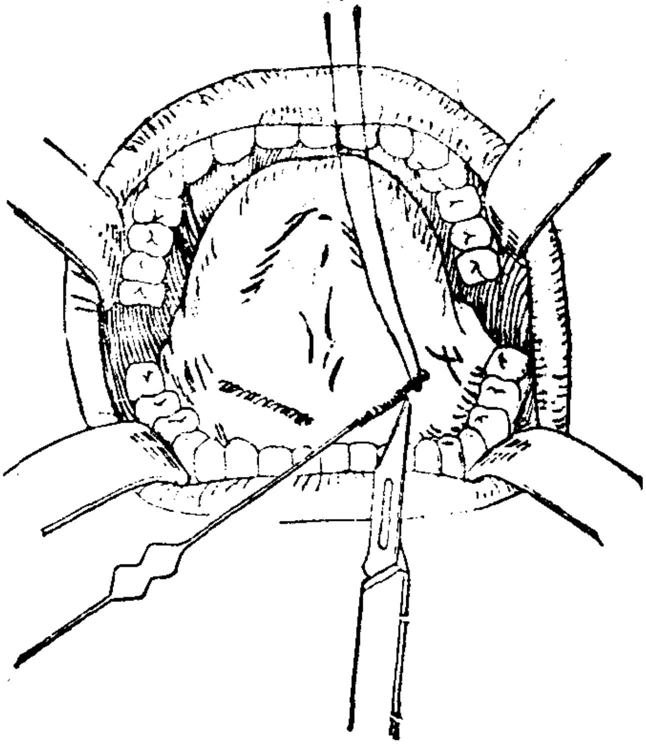


图 2-230
颌下腺结石摘除术
以探针探入导管，沿探针切开导管

三、腮腺瘘封闭术

（1）腮腺瘘瘘管的位置可在导管或腺体。瘘管可来自感染创伤，或先天性，多为某种手术的后遗症。（2）手术时必须保证腮腺无炎症，否则术后会使腮腺炎症急性发作，或手术失败。（3）小的瘘管有时可烧灼瘘管，限制下颌运动，给以适量的阿托品等药物，并加压包扎，以减少腺体分泌，有时可使瘘管愈合。小剂量深度X线治疗也有效。（4）较大的瘘管必须用手术治疗，手术方法是：①在瘘管周围作梭形切口，多切去一些近心缘的皮肤以便皮瓣缝合时，缝线不在瘘管口处，并使皮瓣能覆盖瘘管。②结扎暴露的腺体。③在切口的后方作梯形切口，剥离皮瓣。④将皮瓣向前滑行，覆盖瘘管，严密缝合。⑤术后服阿托品3～4天。7天拆线（图2-231，2-232）。

四、腮腺瘘管转移手术

（1）腮腺瘘管转移手术是将遗留于皮肤表面的瘘管转移至口腔内，将排于口外的唾液引流至口腔内。（2）在瘘管周围的皮肤上作梭形切口。（3）将瘘管及周围皮肤钝性剥离至瘘管与导管相连处。注意勿损伤面神经

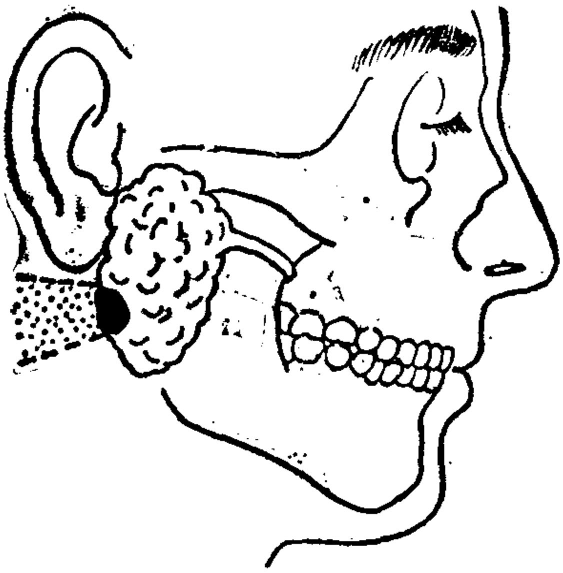


图 2-231
腮腺瘘封闭手术切除瘘管，
作滑行皮瓣覆盖瘘管

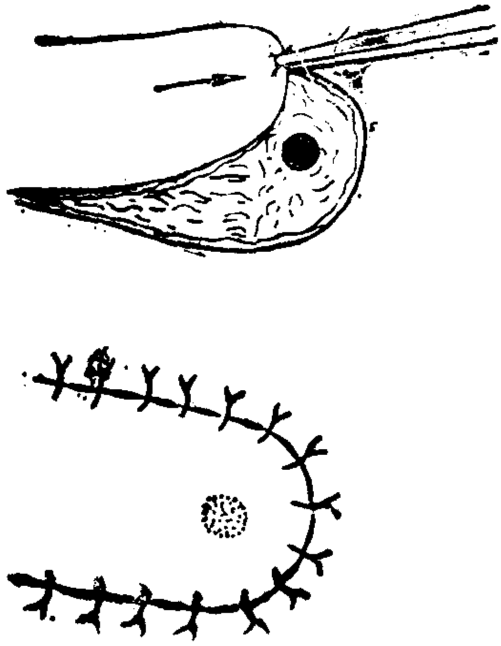


图 2-232
腮腺瘘管封闭术
滑行皮瓣覆盖瘘管

的分支(图 2-233)。（4）皮肤上的瘘管剥离后，继续深部剥离，并在相当于瘘管部位的粘膜上作切口，将瘘管移至口腔内，瘘管周围的皮肤缝于粘膜上。（5）面部的切口分层缝合。（6）如果瘘管剥离后太短，不能达到口内粘膜，可在瘘管口周围皮肤缝上一段导管。将瘘管及导管一起移入口腔，再将导管固定于牙冠上(图 2-234，2-235)。

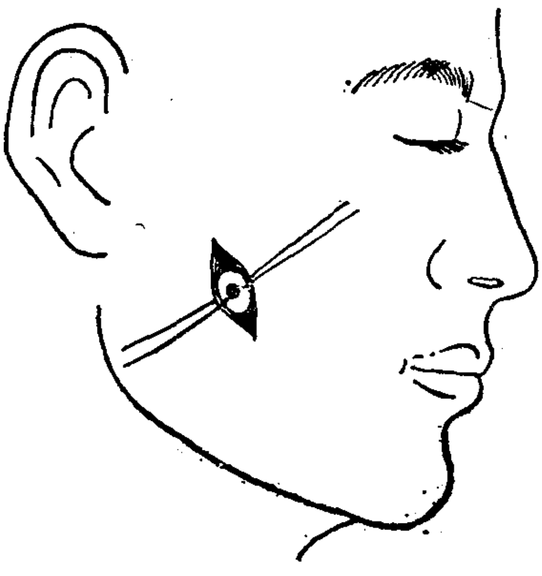


图 2-233
腮腺瘘管转移手术剥离瘘管

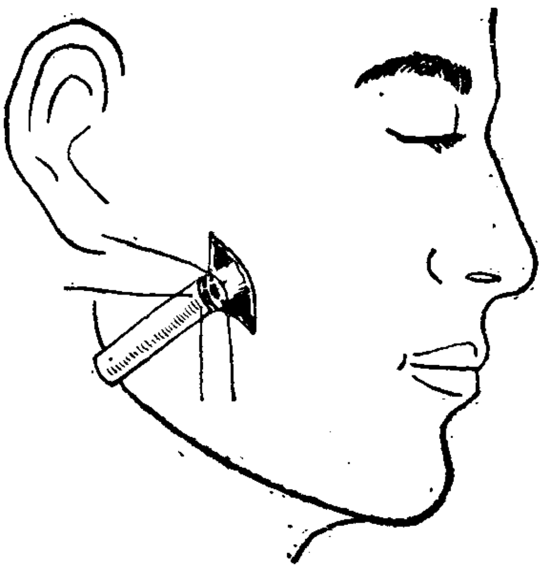


图 2-234
腮腺瘘管转移手术
在瘘管口处缝一根导管

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

五、腮腺导管结扎术

（1）腮腺导管结扎手术，用于颊部或唇部缺损产生流涎的后遗症，及用于治疗腮腺的炎症，配合小剂量深度X线照射以摧毁腺体分泌作用。（2）以细探针探入导管口，在导管口周围作切口。（3）沿探针及导管剥离至一定深度，结扎导管。（4）切断结扎线远中的腮腺导管口及剥离的粘膜，然后将粘膜上的切口缝合（图2-236，2-237，2-238，2-239）。

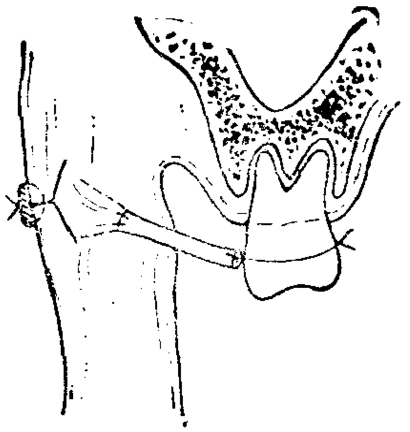


图 2-235
腮腺瘘管转移手术
将瘘管及导管移于口腔内

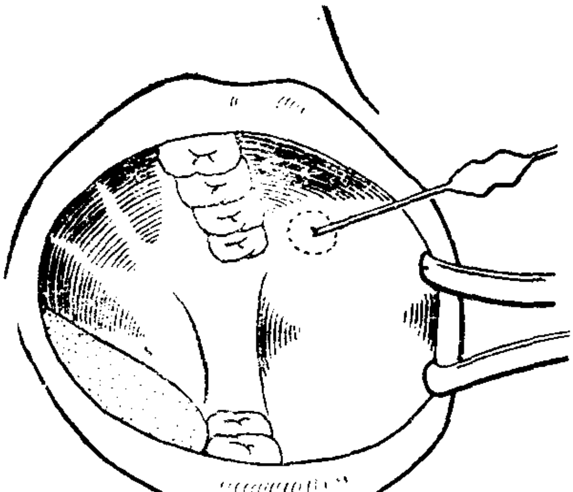


图 2-236 腮腺导管结扎术，以细探针探入导管，在导管口周围作圆形切口

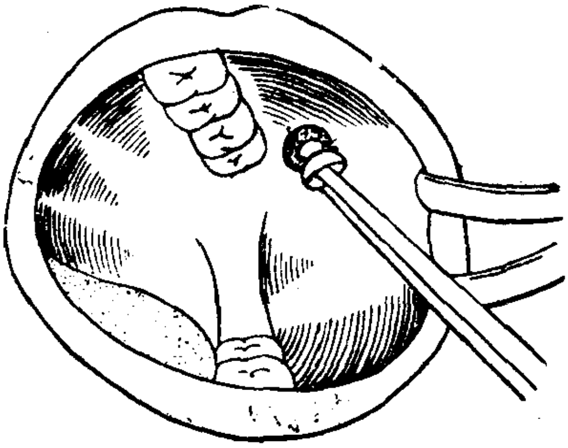


图 2-237
腮腺导管结扎术结扎导管

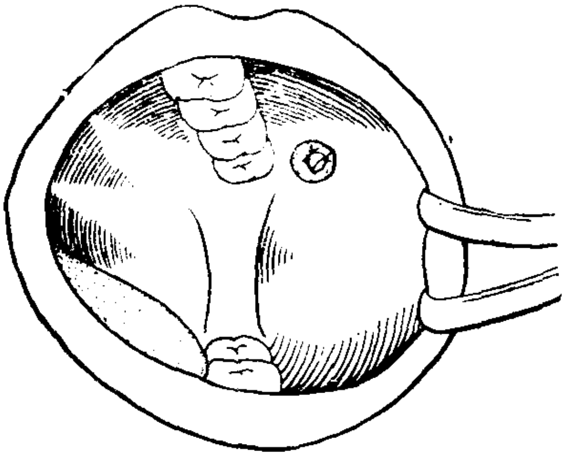


图 2-238 腮腺导管结扎术
切断结扎线远中的导管口

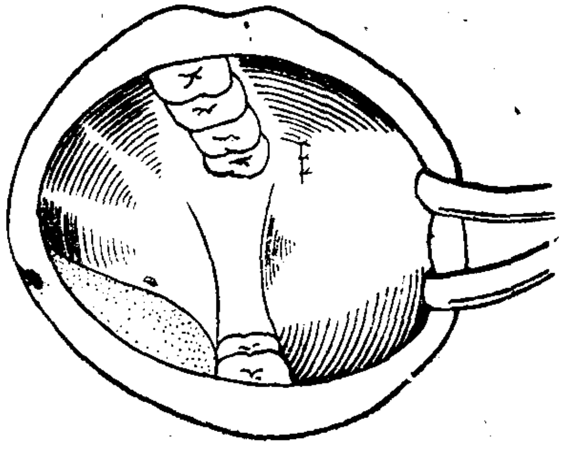


图 2-239
腮腺导管结扎术缝合粘膜

[手术应注意事项]

（1）任何腮腺手术都应该熟悉面神经的分布情况，这对手术中避免损伤面神经会有好处。面神经自颅底的颈乳孔钻出以后，首先通过颈突，再经颈突根部进入腮腺。分为颞面支及颈支两大支，再分为颞支、颧支、下颌缘支及颈支(图 2-240)。（2）腮腺部位的肿块，即使肿块很小，很表浅，也不

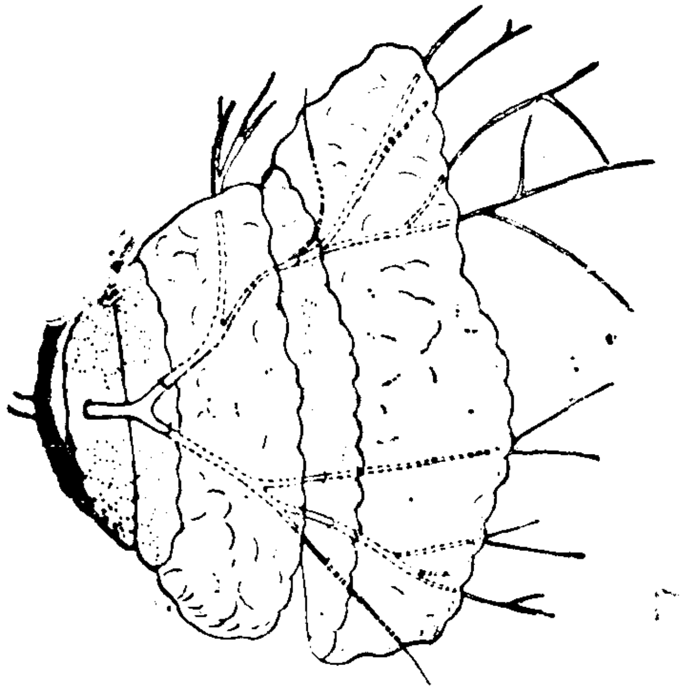


图 2-240　面神经与腮腺关系解剖示意图

宜在门诊手术局部切除，因为这种肿块很可能是混合瘤，易复发或恶变。应将腮腺浅叶同时摘除。如一次手术不彻底反而易于促使复发或恶变，而且一次手术后疤痕的粘连，给再次手术增加了困难。（3）腮腺导管结扎术，应在急性炎症消退后，并预先进行小剂量放射治疗后再施行手术，否则结扎后腮腺区会发生剧烈胀痛，而使手术失败。

第十四节　牙的移植手术

[适应症]

（1）残根，残冠，牙体缺损过多，不能用修复的方法治疗的牙，拔除后可以作牙移植手术。（2）根尖部已有急性或慢性炎症，或者已有脓肿或瘘管，可以在拔除患牙，炎症消退后，作牙移植手术。（3）缺牙已久，牙槽窝已愈合的牙槽嵴上，可以重建牙槽窝，植入移植牙。（4）牙列不齐的牙，可以重建牙槽窝将牙移至正常的位置。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

［手术方法］

一、自体牙移植

(一)自体牙胚移植方法

（1）自体牙胚移植，必须在第三磨牙尚未萌出，牙根尚未完全形成时，且第三磨牙近远中的宽度与第一磨牙相似者(图2-241)。（2）自第二磨牙远中，牙槽嵴正中的牙龈上向远中作切口，再向近中沿牙龈缘剥离到达第二双尖牙，翻开龈瓣。（3）拔除第一磨牙，刮去根尖的一切病理组织，牙槽中隔用骨钳剪去，牙槽窝以纱布团覆盖。（4）拔除第三磨牙，拔除时应尽可能将周围骨板多凿去一些，以消除拔牙时的阻力，以免损伤牙根乳头。以牙挺将牙挺松，动作要轻巧。最后用牙钳同根尖乳头一起取出。（5）第三磨牙取出后，立即植于第一磨牙牙槽窝内。移植牙的牙根不要接触牙槽骨，特别是根尖乳头不应接触牙槽骨，以防损伤根尖乳头。如牙槽窝太小，可用骨钳，骨凿将其扩大。此时离体的第三磨牙应浸于温生理食盐水内，不使暴露于空气。植入后咬殆关系应略低，不应与对殆牙有任何接触(图2-242，2-243)。（6）龈瓣复位，以丝线严密缝合(图2-244)。（7）以预先制造好的夹板，用两个作矫正用的不锈钢圈制成，焊接两根0.9毫米直径的不锈钢丝。将此夹板戴入近远中邻牙，使两根不锈钢丝夹紧移植牙的颊舌面。然后在移植牙的咬殆面上放上一层自凝塑料(图2-245)。

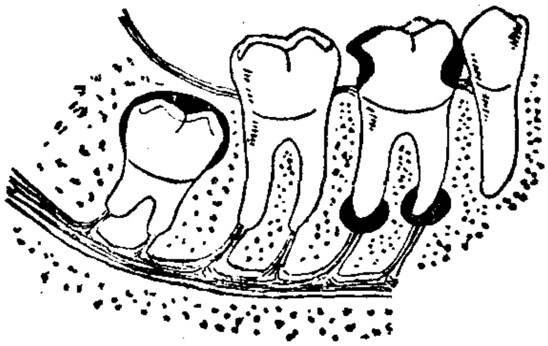


图 2-241
第一磨牙必须拔除，第三磨牙尚未萌出，准备作自体牙移植

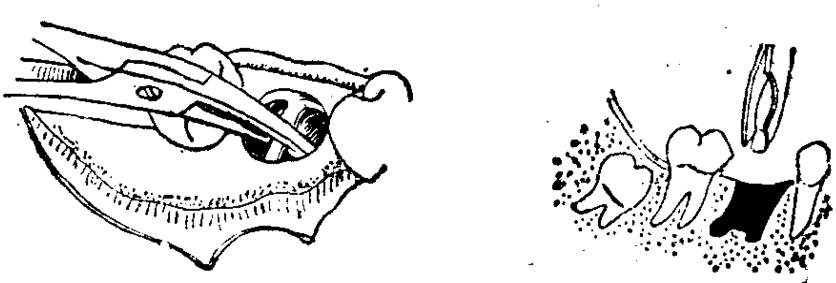


图 2-242
拔除第一磨牙，去除牙槽中隔



图 2-243　拔除第三磨牙牙胚

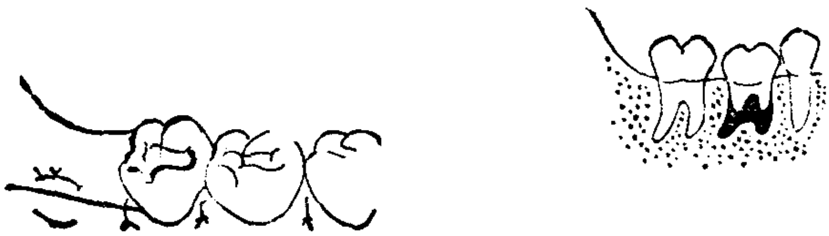


图 2-244
将第三磨牙移植于第一磨牙牙槽窝，龈瓣缝合



图 2-245　移植后用固定器固定

（二）自体发育完成牙的移植方法

（1）自体发育完成的牙的移植，多数是将发育完成的第三磨牙移植于

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第一或第二磨牙的位置上。或者将个别移位牙移植于正常牙列的位置上。（2）拔下第三磨牙，尽可能不要断根，断根即不能移植。如果第三磨牙是阻生牙。应多凿去一些骨板以防断根。如果第三磨牙是移植在第二磨牙的位置上，可以与第二磨牙同时拔除，以减少断根的可能。（3）第三磨牙拔除后应立即进行处理，刮去牙冠及牙颈部的牙结石，刮去一切肉芽组织，但不要损伤牙骨质。牙冠用肥皂及毛刷刷洗。再用 1:1000 的来沙而刷洗。再用生理食盐水冲洗，再浸于含有抗菌素的生理食盐水内，置于－30°至－40℃的低温冰箱内。第三磨牙离体至进入低温冷冻的时间不应超过半小时。冷冻 7～10 天以后即可移植。（4）移植时，拔除应拔的牙，刮净牙槽窝内的一切炎性组织，以三角挺去除牙槽中隔。如果牙已经拔除，牙槽窝用刮匙刮出新鲜创面，去除牙槽中隔。取出冷冻的第三磨牙，解冻后以生理食盐水冲洗，立即植入。如牙槽窝有不合适的地方。可用三角挺或骨凿修改。植入后与对颌不应有早期接触，宁可略低一些。（5）移植牙就位以后，用不锈钢丝作“8”字形结扎。再以自凝塑料覆盖移植牙及邻牙的颊舌面及咬骀面。在塑料凝固以前嘱患者咬紧，剪去过多过高的塑料。固定于 4 个星期拆除（图 2-246，2-247，2-248）。（6）如果是将移位牙移植于正常位置，移植方法与前同。

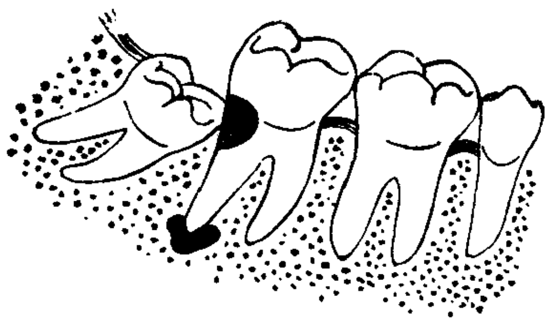


图 2-246　第三磨牙阻生，
第二磨牙龋及根尖病变

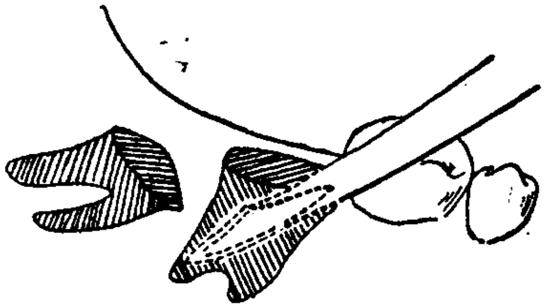


图 2-247　拔除第二及第三磨牙
去除第二磨牙牙槽中隔

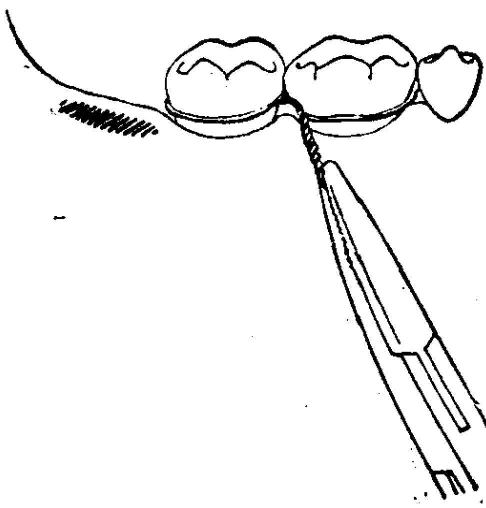


图 2-248
第三磨牙移植于第二磨牙区用不锈钢丝固定

也是先将牙拔除，冷冻后重建牙槽窝，植于正常位置。如果牙间隙不够，牙冠可以略加磨改。

二、异体牙移植

（一）供牙的储存方法

（1）拔除的上下颌第三磨牙，因冠周炎而拔除的第三磨牙。矫正需要拔除的减数牙，移位牙等都可以留作供牙。（2）供牙离体后，立即装入型匣，翻制塑料模型。型匣石膏凝固后立即取出供牙进行消毒处理。刮去牙结石及一切不正常的组织，以肥皂及1:1000来沙而刷洗。浸于含抗菌素的生理食盐水小瓶内。置于－30°至－40℃的低温冰箱。供牙离体至进入冰箱的时间不应超过半小时。（3）将供牙编号，登记，用塑料翻制供牙的模型，模型的编号与供牙相同。供牙冷冻两星期以后可以进行移植。

（二）供牙模型选择方法

（1）移植以前先取受牙者的上下颌模型，装咬𬌗架，用刀雕去应拔的牙，再雕出一个类似牙槽窝的洞。取供牙的塑料模型插入洞内进行选择。要求近远中与邻牙接触，咬合关系基本良好。如有不适合之处可以略加磨改。植入的方向可以任意改变，即可以将舌面植于颊面。也可以近中转向远中。（2）牙根的长度及宽度可由X线摄片来测量。（3）选好供牙模型后，在移植以前浸于消毒液内，备用。

（三）移植方法

（1）拔除患牙，拔牙时最好不要断根，如有断根在挺根时尽量不要损伤牙槽骨。如系磨牙以三角挺去除多根之间的牙槽中隔，刮净牙槽窝内的肉芽组织及骨残片。（2）如牙槽窝需要扩大或加深，可用骨钻，小骨凿适当扩大。再一次清理牙槽窝，并用生理食盐水冲洗。（3）将塑料供牙模型插入牙槽窝，按照在工作模型上的要求，检查与邻牙的关系及与对颌牙的咬合关系。如有不适合处，在供牙模型上，或牙槽窝进行磨改及修改。（4）取出供牙，解冻后按供牙模型曾磨改的部位用砂轮磨改。再用生理食盐水反复冲洗。（5）将供牙一次植入牙槽窝，就位后不再取出以防污染。（6）以不锈钢丝在近远中邻牙上作“8”字形结扎，再以自凝塑料覆盖移植牙及邻牙的咬合面、颊面及舌面。嘱患者咬紧对颌牙以防自凝塑料过高。剪去过多的塑料，并使之不接触牙龈。（7）术后服用抗菌素3天，及含漱剂。（8）固定于4个星期后拆除。（9）在已愈合的牙槽嵴上作异体牙移植，可将牙龈切去一块与牙颈部相似大小的牙龈，以骨钻在牙槽骨上钻洞，按照上述方法植入异体牙。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

[手术应注意事项]

（1）无论自体牙移植或异体牙移植，保护好移植牙或供牙的牙骨质，使其不受器械损伤或使其不变质是非常重要的。供牙和移植牙离体后不要用刮匙用力刮牙骨质，暴露于空气的时间尽量缩短，最多不要超过半小时。（2）植牙的牙槽窝一定要求完整，无炎症。牙槽骨萎缩的牙槽窝不能移植。有炎症时，可先拔除患牙，等炎症完全消退后再移植。（3）上颌磨牙或双尖牙在扩大或加深牙槽窝时应根据上颌窦的高低小心扩大或加深。如果与上颌窦穿通，会造成植牙的失败。

第十五节　面部美容术

一、鞍鼻矫正术

[适应症]

1. 鼻长度，鼻梁高度，鼻小柱高度及鼻尖形态缺陷。
2. 先天性鞍鼻，鼻部发育不全。
3. 外伤后鼻梁凹陷，造成鼻部畸形。

[手术方法]

1. 充填材料可用自体骨或软骨，但门诊手术一般用硅橡胶制成的鼻成形片，根据鼻畸形和整个面部的情况，加以修正作为充填材料。

2. 鞍鼻矫正术的手术切口很多，如正中切口、蝶形切口、单侧鼻前庭切口等，但我们使用双侧鼻前庭经鼻小柱的切口，手术比较方便，暴露也较清楚（图2-249）。

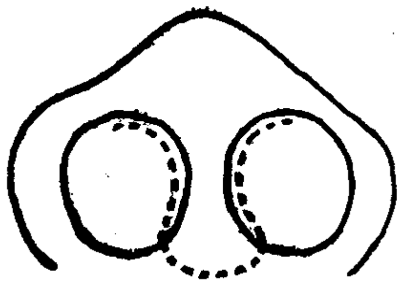


图2-249　手术切口

3. 切开后，沿鼻翼软骨和鼻骨向上剥离，但不能剥离过松而引起手术后移位，也不能过紧而影响充填物位置。

4. 冲洗后插入充填物，上端和皮肤固定，下端可和鼻翼软骨固定，以防移位（图2-250）。

5. 切口缝合后，两侧用纱布做成的圆柱状纱条固定。

[注意事项]

1. 修正鼻充填材料是手术的关键，必须根据整个面形来决定长度、宽度和高度。

2. 如果鼻过塌，皮肤紧张，鼻梁高度不能一次达到目的，可以隔半年～

一年分次手术，逐步提高，以免皮瓣坏死。

3. 如鼻小柱过短，鼻尖过底，可分离鼻翼软骨两侧的内侧脚后填入硅橡胶，皮肤过短可延长鼻小柱切口，致唇中部位向上提，作为鼻小柱的皮肤，似一般常用的 V—Y 手术(图 2-251)。

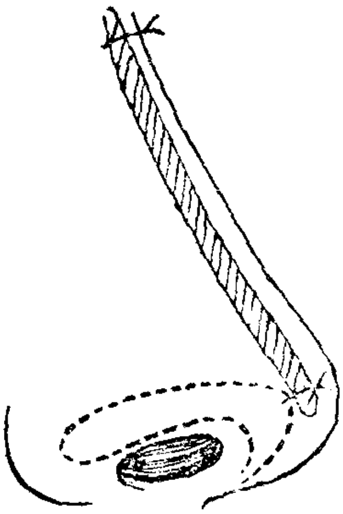


图 2-250 固定充填物

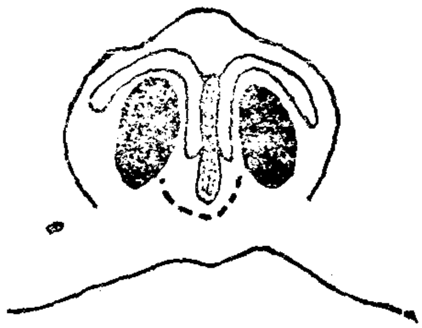


图 2-251 延长鼻小柱

二、酒窝成形术

[适应症]

1. 先天性或外伤后形成单侧酒窝，而对侧需手术者。
2. 因美容需要手术者。

[手术方法]

1. 根据两侧口角联线的延长线和眼外眦向下作垂直线的交点定点，在这点上，作一和鼻唇沟的平行线，作为酒窝的定位。

2. 根据以上定位在粘膜作弧形切口，纯性分离，有粘膜下经过肌层达皮下。

3. 根据定位形态，可在粘膜下穿过肌层达皮下，作交叉缝合两针，在粘膜下打结，埋于粘膜下，也可以经粘膜达皮下，交叉缝合两针，在粘膜外打包，7 天后拆除。

4. 粘膜切口缝合，5 天后拆线。

[注意事项]

经皮下的缝合，不能太深也不能太浅，结扎也要适度，否则可能不形成酒窝，也可能平时就形成凹陷性疤痕。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第三章　口腔内科小手术

第一节　牙周病的手术治疗

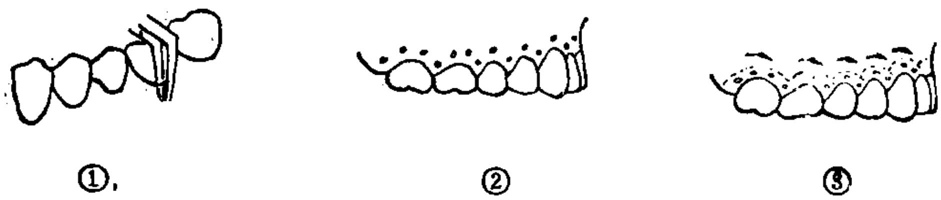
一、牙龈切除术

［适应证］

（1）过度肥厚的牙龈组织与增生肥大的龈袋，不能用一般方法治愈者。（2）中等深度的牙周袋，经洁治、刮治和药物治疗后，其牙周袋的深度仍在4～5毫米者。（3）冠桥修复或在龈下龋洞修复备洞时，因龈组织覆盖过多，而影响其充填及修复，需进行切除部分牙龈者。（4）因牙列不齐，在手术缝合时发生困难的，而手术后容易引起牙龈增生者。（5）下颌第三磨牙，一部分牙冠被牙龈组织覆盖所致的盲袋，反复发炎者。（6）下颌第一磨牙根分叉受累，欲作保留者，可通过隧道手术保留此牙。（7）牙龈切除术后，能保持足够的附着龈幅度者。

［手术方法］

（1）患者术区、口周消毒，冲洗牙周袋，并用消毒药水漱口。（2）在手术区周围进行局部浸润麻醉，可导致局部缺血，减少术中出血，但一般切龈术最好不将麻药注入牙龈组织内，以免引起牙龈组织肥大变形，影响定点的准确性。（3）术者洗手消毒后戴上手套，术区铺上消毒巾。（4）用刻度龈袋探针或龈袋记号镊轻轻插入牙周袋的底部测出龈袋深度，将带刺侧放在牙周袋外刺入粘膜，并在龈粘膜上作出相应穿孔点或标明袋深记号，然后用探针蘸取美蓝液或龙胆紫液，将各穿孔点连接成切除线（图3-1）。（5）



①　　②　　③

图3-1　① 测出龈袋深度　② 作出相应穿孔点　③ 连接成切除线

用斧形龈刀在龈袋标记线的根方1～2毫米处作间断式牙龈切除。刀刃应与牙齿长轴成45度斜行向冠面方向切入，深度直达牙面硬组织（图3-2）。（6）接着用锄形龈刀或其他手术器械插入切口内，并分离取下被切断的牙龈。（7）检查龈袋是否已完全消除、切口是否整齐，如有不足之处，可用切龈刀、

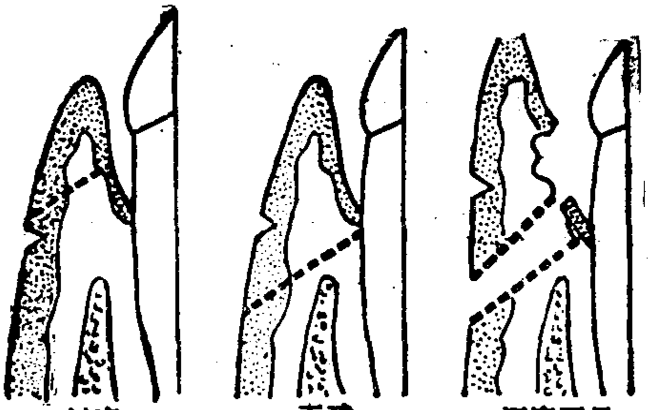


图 3-2　龈切除术切口部位

组织剪或磨石进行修整。修整出牙间沟，以重建牙龈外形，形成食物脱溢沟。（8）用刮治器将根面的牙石、手术区的肉芽组织及坏死的牙骨质一并刮除。（9）手术区用生理盐水冲洗后，用小棉球紧塞于牙间隙内进行止血。如流血过多，亦可改用肾上腺素小棉球在牙间隙内压迫止血。（10）然后用牙周塞治剂覆盖于整个手术区，并轻轻加压。如在敷塞过程中发现仍有渗血时，则应立即拆除，待止血后，再重新敷上塞治剂（图 3-3）

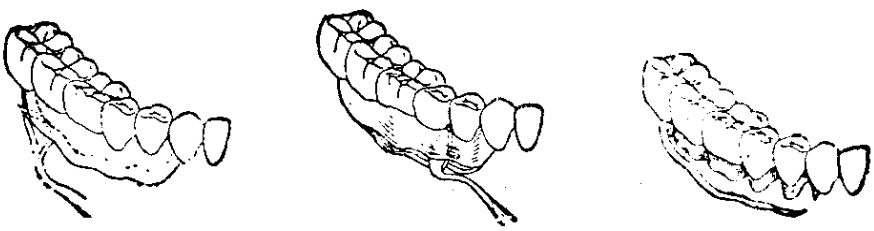


图 3-3　牙龈切除步骤

［注意事项］

（1）术后应注意保护创口，暂不能使用牙刷，避免咀嚼硬性食物，尽量不用手术区牙齿进行咀嚼食物。（2）术后忌烟酒，因烟酒气刺激牙龈而影响创口愈合。（3）术后1～2天后可能发生局部肿痛、体温升高等，必要时可给以抗感染及镇痛药。（4）一周后可以再换一次塞治剂，二周后可以拆除塞治剂，一般在3～4周后牙龈即可完全恢复，方可进行刷牙与轻柔地按摩牙龈。（5）术后暴露的根面如有过敏，可用2%氟化钠溶液脱敏。如有牙龈增生复发，并影响外观和咀嚼者，则有必要再可重复进行牙龈切除术。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

二、牙龈成形术

〔适应证〕

（1）牙龈附着的幅度较狭，必须扩张其幅度者。（2）系带的附着部接近龈缘或牙间乳头时，待唇、颊舌等的活动时，导致牙龈从牙体分离者。（3）牙龈外形异常者，如龈缘过厚或形成龈缘突，使食物易于滞留者。（4）牙周袋底已越过膜龈连合，在唇、颊、舌的活动时，使牙周袋向纵深方向延伸者。（5）在牙齿萌出时，龈组织覆盖临床牙冠较大部分者。（6）牙龈形态虽无异常，但为了能彻底除去患牙周围病理组织，预防牙周病复发者。

〔手术方法〕

（1）常规消毒，使用局部麻醉，注射于龈组织内，形成龈组织变白发硬，使组织较固定，在修整时便于龈成形。（2）用斧形切龈刀或薄叶手术刀，斜行切向，深达骨膜，切除龈组织。（3）用肉芽刮除器刮除龈组织表面，或用锋锐手术刀切除特别肥厚、坚实的龈组织。也可用配有喷水的转动磨石、电灼器、组织镊进行修整。（4）创面止血、缝合、用牙周塞治剂覆盖创面。一周后拆除缝合线并换牙周塞治剂，再贴敷一周（图3-4）。



图3-4 牙龈成形术

〔注意事项〕

（1）在手术过程中用力宜轻，避免形成锯齿状外形而影响愈合或愈合后外形不良。（2）由于此手术对患者痛苦较大，故在手术中应尽可能少暴露骨，减少骨的吸收。（3）术后暂不宜咬硬性食物，亦不宜刷牙，可行饭后漱口。（4）待牙周塞治剂除去后，可行牙龈轻柔地按摩、刷牙。

三、牙龈翻瓣术

〔适应证〕

（1）牙周袋内病变组织范围较大，或者形态曲折，采用袋内壁刮治术与龈下洁治术不能治愈者。（2）中等深度或较深的牙周袋，其牙槽骨吸收

未超过原来的2/3者。（3）较深的骨下袋或复合性牙周袋和复杂性牙周袋，需要进行牙槽骨修整者。（4）牙槽嵴有高度的水平型(横型)吸收，如采用牙龈切除术，将导致牙根高度暴露，即采用牙龈翻瓣术较理想。（5）牙槽骨有纵型(垂直型)吸收者。

［手术方法］

（1）常规消毒和麻醉手术区。（2）用牙龈刀在手术区二侧粘膜牙龈上作纵形切口达龈缘，再将手术区内各个牙齿的龈缘及牙间乳头切开，分离后形成矩形瓣。（3）后牙翻瓣术，一般只在手术区近中侧作纵形切口，分开牙间乳头，形成三角瓣即可。（4）切口选择应根据病变部位和病变范围，决定采用何种翻瓣切口，常用翻瓣术切口有以下六种：（图3-5）。a）矩

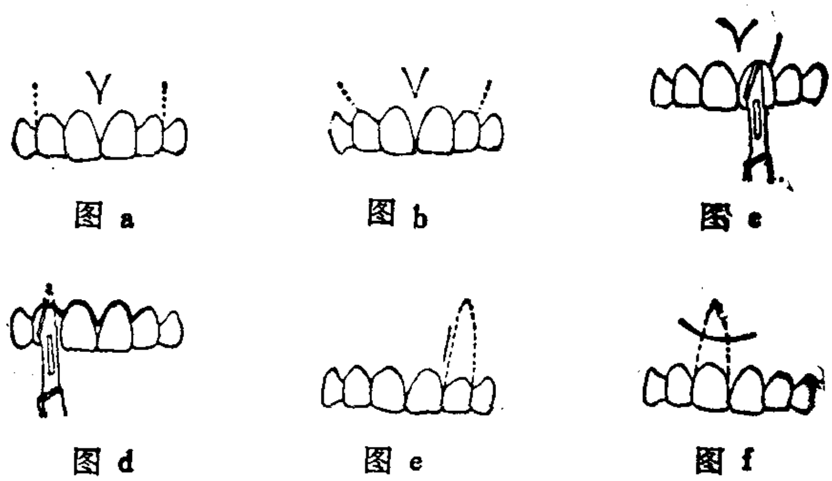


图3-5 翻瓣术切口

形瓣切口：适用于前牙区和后牙颊侧深牙周袋的治疗，以利组织愈合。b）梯形瓣切口：适用于前牙区深牙周袋，或用于后牙颊侧深牙周袋的治疗，其根端大于龄端以利血液循环。c）角形瓣切口：适用于后牙区深牙周袋的治疗。一般用于个别牙齿或病变范围较局限者。d）龈乳头切口：适用于前后牙颊（唇）、舌(腭)侧任何部位中等深度牙周袋的治疗。病变区可充分暴露，术后缝合严密。e）钮扣或切口：适用于袋口窄、袋底宽的深牙周袋治疗。f）弧形瓣切口：适用于前牙根尖刮治术。（5）用龈分离器或骨膜分离器将龈瓣连同骨膜一起翻开，使手术区充分暴露。在分离操作时，必须剥离完全，不可使骨膜粘连在骨壁上，使其形成完整的龈粘膜骨膜瓣。（6）根面上的牙后用匙形洁治器刮治干净。同时适当刮除坏死牙骨质，及用肉芽组织刮治器刮除肉芽组织。（7）用骨锉适当修整牙槽骨，但不能减低牙槽突的高度，以免减少牙周支持组织的功能及牙龈退缩的不良后果。（8）用手术剪刀剪去龈瓣内面的肉芽组织，并修整龈缘，使软组织与所修整的骨外型一致。（9）清洁创面，缝合创口，用牙周塞治剂覆盖术区，加以保护创面

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

及防止感染(图3-6)。

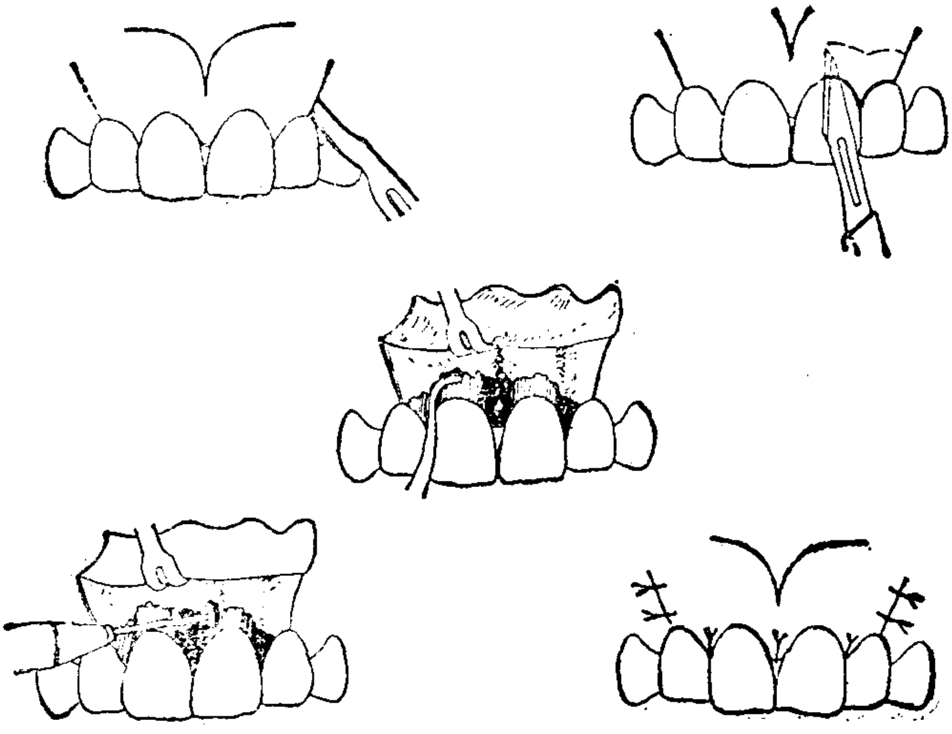


图 9-17 龈翻瓣术的步骤

图3-6 龈翻瓣术

[注意事项]

（1）术后最初4～6小时内有少量渗血是正常现象，能自行好转，不能采用漱口的方法止血。（2）保护创口的牙周塞治剂，不可任意除去，不能用舌舐塞治剂，特别是在手术后1小时内。（3）为防止牙周塞治剂早脱，应从未作手术的一侧进食，避免饮用过热或刺激性较大的食物，可以进软食。（4）手术当天不可漱口、刷牙，应从第二天开始漱口，待塞治剂除去后，宜用软牙刷轻刷，亦可进行手指轻柔地按摩。（5）约5天左右，可以拆线，除去塞治剂。如有必要，可再敷贴塞治剂一周。

第二节 根尖病的手术治疗

一、根尖切除术

[适应证]

（1）前牙或双尖牙的根尖囊肿或肉芽肿，经根管治疗不能获得成功者，如根尖病变不能被吸收、消失，需要作根尖手术，将囊肿或肉芽组织刮除或切除才能治愈者。（2）外伤后，根尖部分折断，经根管治疗后，用根尖手术

取出折断部。（3）根管治疗器械（钻针头、拔髓针）折断在根尖部超出根尖孔，用一般方法不能取出或不能吸收的根管充填物质超出根尖孔外者，需要作根尖手术将超填部或异物取出。（4）慢性根尖周炎并发瘘管，应用保守疗法治疗不成功者，如通过根管治疗使之根充完满，但经长时期后根尖病变区仍未修复或有扩大者，适宜用手术将病变区刮除。

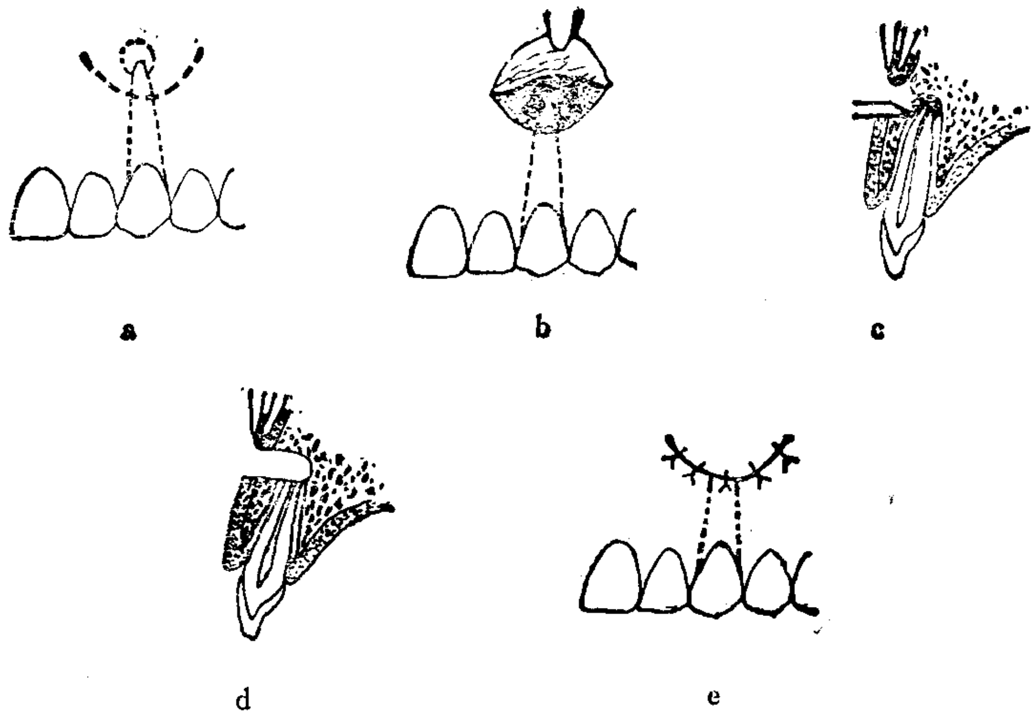
［手术方法］

（1）术前分析X线摄片，以确定牙根形态、病变的部位、范围、性质和牙槽嵴的健康情况以及和邻近的解剖关系等，以确定手术方案。（2）常规消毒手术区，根据具体情况采用局部浸润麻醉或传导麻醉。麻醉范围应包括患牙左右两个邻牙。（3）一般手术前可作好根管充填，则有利于手术中的无菌操作。亦可先手术切除根尖，在手术过程中作根管充填，但较大的囊肿，因囊液不断流入根管中，有碍根管充填，最好是在刮除囊肿的同时作根管充填。（4）一般适宜采用弧形切口，在病牙唇侧离牙龈边缘3～4毫米处作半月形切口。长度约为2厘米，应包括左右两个邻牙，切口的凸面应向牙冠，深度应达骨面。若患牙为中切牙，则要避免切口不应伤及唇系带。（5）用骨膜分离器将粘膜骨膜分离，暴露破坏的根尖区的牙槽骨板。骨膜分离要完整，手术过程中要注意保护骨膜片，不宜过度牵拉和压迫。（6）翻开龈瓣后，暴露根尖区，若骨质已有破坏，则顺着破坏区扩大；若唇面骨板完整，则用骨凿或用牙钻除去牙根尖的骨板，先开窗凿一小孔，渐次扩大，直至露出根尖为度。（7）用细裂钻或骨凿截除一部分根尖，约截除牙根的1/3或1/4。用镊子或刮匙去除截下的根尖。但不能使骨组织损伤过多，并要少切根尖，至少要保留牙根的2/3，否则会影响牙齿的稳固性。（8）用挖匙仔细搔刮根尖周围病变组织，至暴露正常骨质为止。若为囊肿，应将囊壁完整刮除，不可残留上皮组织，避免复发。此时，还应当仔细地检查根管充填情况，如根管充填不完满时，可以断面之根管口倒填。（9）在病变范围小，根面牙骨质没有破坏的情况下，仅以刮除根周的炎症肉芽组织为目的，而不需切除根尖，但要注意将舌侧面的炎症组织彻底刮净，并将根管充填完满。（10）若根管内折断器械不易取出时，可将超出部分从根尖孔处切断，必要时可以用钻针扩大根尖孔，并将根尖孔用银汞合金充填。刮治后，用生理盐水冲洗骨腔，不要遗留碎骨片或异物于伤口内，力避有碍伤口愈合的因素。（11）拭干骨腔内，轻轻搔刮骨面直到血液充满骨腔时再将龈瓣复位、缝合。为了预防术后血肿和水肿，在上唇和颏部，可按放加压绷带和间断地应用冷敷6～8个小时（图3-7）。

［注意事项］

（1）一般在上颌，只在前牙和双尖牙上作根尖切除术。若作上颌第一磨

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



a）切口　　b）翻开龈瓣暴露根尖区　　c）截除根尖

d）刮除根尖及病理组织　　e）龈瓣复位缝合

图3-7　根尖切除术步骤

牙或上颌第二磨牙的根尖切除术时，应当注意其根尖靠近上颌窦。切除下颌双尖牙的根尖时，应当注意其根尖靠近由颏孔发出的血管神经束。（2）如患牙根尖破坏范围超过根长1/3，或伴有牙周病、牙体松动、牙槽嵴吸收较多，或在急性根尖周炎发作期，均不宜作根尖切除术。（3）切口不可过高或过低，不可通过瘘管，否则，在分离时易造成组织缺损或引起感染。切口也不能界在骨腔之上，否则，在缝合后可影响愈合或引起创口感染。切口形态、部位必须根据具体情况决定。（4）一般患牙如曾经有急性牙槽脓肿发作史，或临床上已有瘘管，翻起粘骨膜瓣后，在相应患牙牙根尖附近的颌骨硬骨板上常可见到有孔道，沿着这个小孔去除空的骨板，就可清楚地暴露根尖。（5）若硬骨板上未穿通，则依靠X片、患牙的倾斜度及根尖与邻牙的关系等作出患牙根尖开窗的中心点。（6）术后暂忌刷牙，但应多漱口，保持口腔清洁。约5～7天后拆线，伤口一般在两周内完全愈合。

二、瘘管通过术

［适应症］

（1）根尖区有瘘管的单根牙或双尖牙可以用瘘管通过的方法一次手术治愈。（2）根尖有小脓肿尚未形成瘘管时，可用探针烧热在脓肿表面牙龈上烧灼一个洞，使成一瘘管，再用瘘通法治疗。（3）慢性根尖炎的牙齿

有时在颏部或颊部皮肤上形成瘘管，也同样可以用瘘通的方法治疗。可以免用外科手术。（4）有瘘管的乳牙磨牙，也可以用瘘通的方法治愈。

［手术方法］

（一）乳牙磨牙的瘘管通过术

（1）开髓，去髓室及根管内坏死组织，冲洗，吸干。（2）取盛有生理食盐水的注射器，将针头插入有瘘管的根管内，以牙胶尖密封洞口，加压注射。（3）如瘘管与根管相通，可见生理盐水自瘘管口排出。如不能相通可扩大根管再注射。如仍不能相通可更换根管再试。相通后再以抗菌素（如0.25%氯霉素）通过。（4）吸干髓室及根管。取锌粘固粉内加有硝酸银结晶的粉剂，充填髓室，并尽可能压入根管。（5）龋洞作银汞充填。

（二）恒牙的瘘管通过术

（1）开髓，去髓室及根管内坏死组织，扩大根管，冲洗，吸干。（2）取盛有生理盐水的注射器，将针头插入根管内，以牙胶密封洞口，加压注射。（3）用生理食盐水通过瘘管畅通后，再以3%双氧水冲洗一次，见有白色气泡自瘘管口排出即可。（4）然后以90%酚注入根管，至瘘管口呈白色絮样时即止。（5）吸去多余液体，溢出的酚使粘液发白，立即用酒精棉球迅速揩去。（6）用碘仿，氯仿，及牙胶尖作根管充填，可以稍作超填。（7）按常规作龋洞永久充填。瘘管通过一次完成。

［手术应注意事项］

（1）根尖病变已超过牙根长度的1/3时，瘘管通过法效果不佳，应考虑用其他方法处理。（2）根尖阴影界限不清者，表示炎症尚有扩散，不宜用双氧水冲洗，可改用抗菌素冲洗。（3）用酚通过时，针头切勿接近根尖孔或超过根尖孔，以免药液进入健康骨组织而造成严重后果。（4）注射酚时应注意密封洞口，洞口周围应用酒精棉球保护。注射时由助手手持酒精棉球见到瘘管口发白，立即用棉球揩去多余的酚，以免烧伤瘘管周围的牙龈。（5）瘘通以后应一次作好根管充填，因瘘管通过以后很快即愈合。瘘管愈合后再作根管充填特别是超填就有并发急性炎症可能。

三、牙重植手术

［适应症］

（1）恒磨牙或双尖牙有根尖周围病变，不可能通过根管治疗治愈者。（2）因外伤而脱落的牙。（3）龋病已侵入牙颈部以下，一般充填困难者。（4）病牙牙周组织健康，无松动者。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

［手术方法］

（1）X线摄片检查患牙根尖病灶的部位，范围和牙槽嵴的健康情况。（2）去除患牙周围的牙结石。（3）去除龋洞内的龋蚀牙本质，制备窝洞，尽可能挖净髓室内的坏死组织，窝洞以酚消毒。（4）拔牙时应小心勿损伤牙槽嵴，尽可能不要断根。（5）离体的牙浸泡于0.25%的氯霉素溶液内。（6）刮除牙槽窝内的一切病理组织，如有瘘管也应刮除。伤口以纱布团覆盖，咬紧。（7）用以生理食盐水浸泡的湿纱布裹好病牙的牙根，作根管治疗及根管充填术。如根管弯曲不能去除全部坏死的髓组织，可将根尖孔括大，用银汞充填。（8）根管充填完毕后，作窝洞充填。（9）刮净牙根周围的病理组织，但不要损伤牙骨质。以生理食盐水冲洗牙根。（10）顺拔出的方向将牙重植于牙槽窝内。（11）固定方法可用牙周栓塞剂固定。也可以在重植牙的咬殆面上置少量纱布，嘱患者咬紧，半小时后取出纱布，以后每小时咬纱布15分钟，如此重复5～6个小时即可。

［手术应注意事项］

（1）重植牙的成功与失败，成活时间的长短，关键在于保护重植牙的牙骨质，不受污染，不受机械损伤，不变质。因此在作根管治疗时，应注意消毒，但不要应用烈性的消毒剂。牙根不要用锐利的器械刮治。作根管治疗时应保证牙根有一定的湿度。重植牙离体至植入时间不要超过半小时。（2）重植牙的愈合主要依靠牙骨质与牙槽骨的骨性愈合。如果牙本质暴露，牙槽骨不能与牙本质愈合，则植入后或者不愈合，或者牙根很快被吸收，因此拔牙时应小心不要断根。断根以后再植入愈合缓慢，牙根的吸收大大的加速。（3）重植牙的植入灶是否有炎症存在也是很重要的。一般作牙重植，都是因为根尖有炎症存在，虽然在拔牙时牙槽窝进行彻底治疗，但很难将炎性组织彻底刮净，特别是有脓肿或有瘘管的牙。因此这类的牙最好在作好根管治疗后，立即将牙浸于0.25%的氯霉素生理食盐水内，置于－20℃以下的低温冰箱，7～10天以后再作重植。

第三节　口腔粘膜疾病、牙龈疾病的手术疗法

［适应症］

（1）凡口腔粘膜疾病，有组织增生、角化，或有癌变可能都可用手术方法切除。（2）妊娠期牙龈肥大，多在分娩后有自行消退可能。如未完全消退，可在分娩后进行牙龈切除术，如妊娠期出血不止，可在妊娠期4～6个月

内作牙龈切除。（3）牙龈切除术应在手术前明确诊断病因，例如长期服用苯妥英钠类药物，缺乏维生素C，创伤性咬骀，白血病，不应盲目作牙龈切除，以免发生出血不止等不良后果。

［手术方法］

一、粘膜白斑切除手术

（1）较小范围的白斑，可沿病灶的边缘切开，切除病灶，在切口边缘的粘膜下作潜行剥离，拉拢剥离的粘膜，作褥式及间断缝合。并以直针缝合用油纱布包裹的纱布团作贯穿加压包扎，以防血肿，48小时以后拆去加压包扎，7～10天拆线。（2）范围较广泛的白斑，病灶切除后，粘膜直接缝合不可能，必须植皮，或移植粘膜。①植皮可取全层皮片，（取皮及植皮方法见第二章第十一节）②口腔粘膜移植，取粘膜方法是在唇红下方作弧形切口，将切口四周粘膜全部剥离，再将所取粘膜剪下，浸于温生理食盐水内，将唇部的创面拉拢缝合。类似大小的粘膜可自上下唇及颊部各取一块，用弯剪刀去除粘膜下的残留组织，植于粘膜缺损区，加压包扎（图3-8，3-9）。

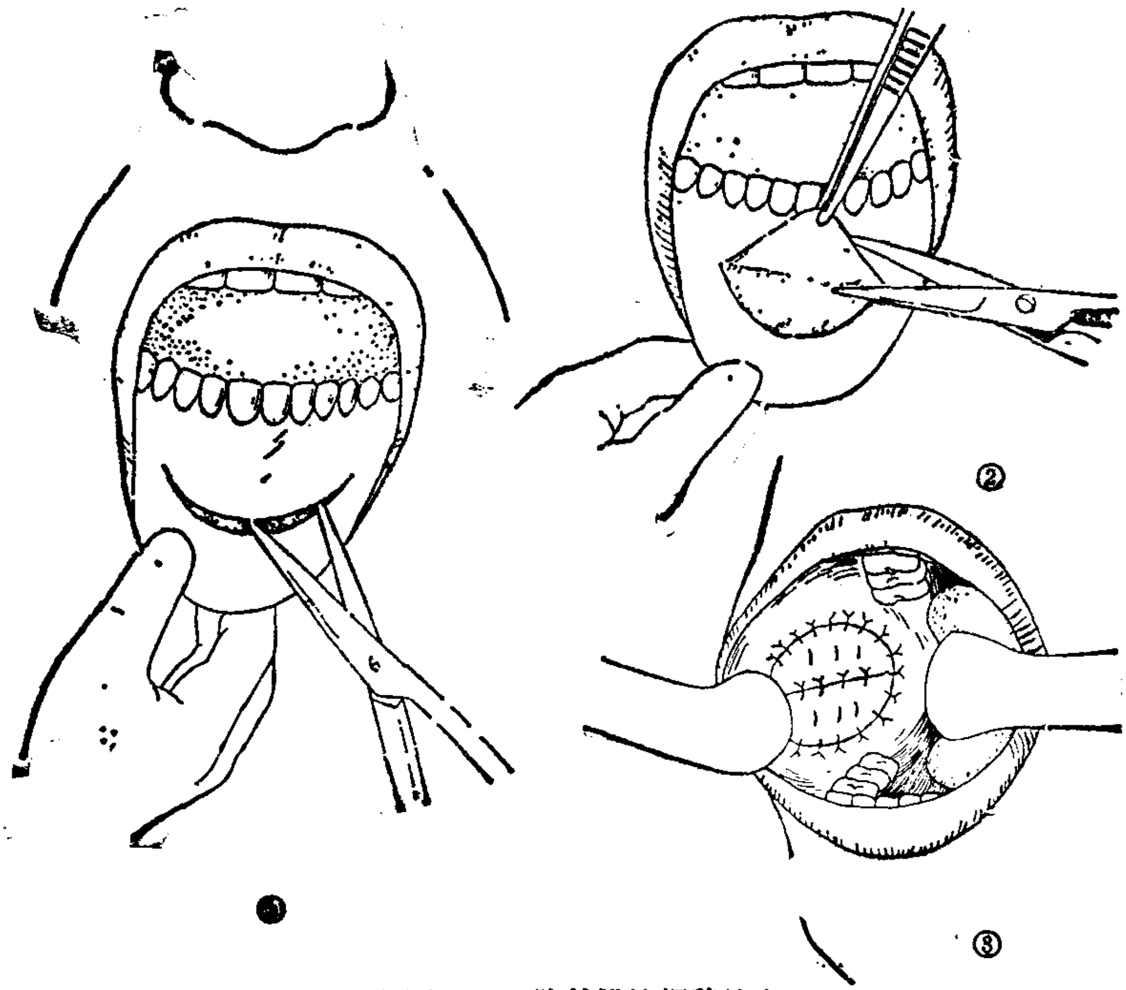
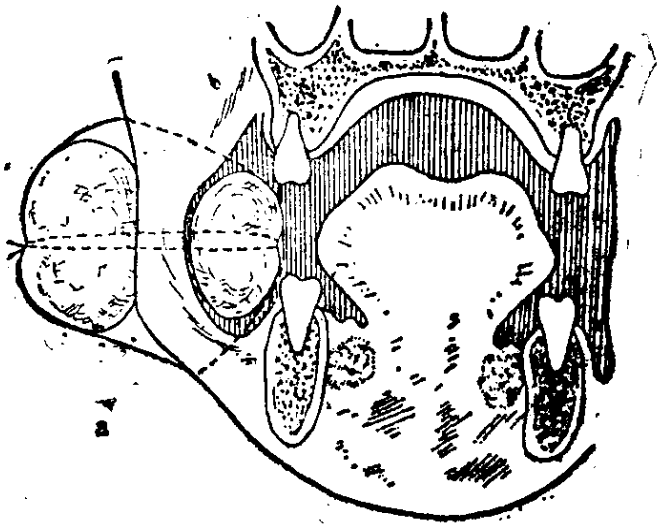


图3-8 口腔粘膜缺损移植术

①剥离粘膜，②剪下粘膜，③将两块粘膜并在一起植于缺损处

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注


a

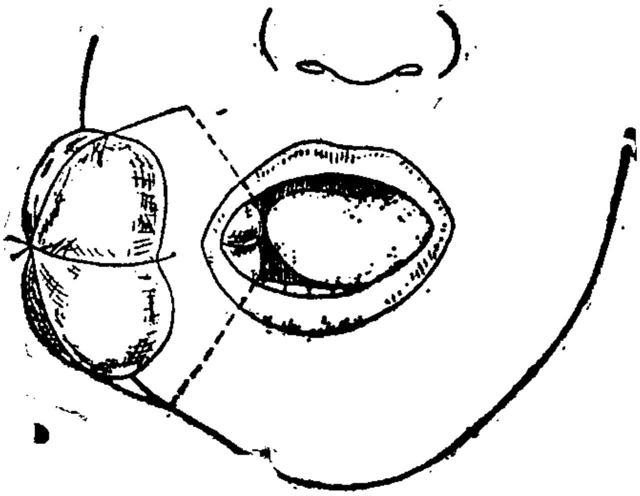

b

图3-9 粘膜移植打包包扎
a. 断面图， b，正面图

二、增生性牙龈炎切除手术

（1）手术以前尽可能将龈上结石刮去。（2）牙龈增生部位与正常牙龈的界限比较明显，可先用美蓝在增生牙龈的下方画出界限。（3）用手术刀在画线上切入，刃口可与牙体长轴垂直，切除病理性牙龈组织。切时最好一次达到骨组织，避免反复切割。有部分牙槽嵴暴露，能自行愈合。（4）用弯头剪刀修整创缘。使修整后牙龈表面呈圆形过渡，不留角度。（5）（5）冲洗，止血，牙周塞治。

［手术应注意事项］

（1）口腔粘膜疾病手术切除后，创面的修复，较大的创面需要移植皮肤进行修复。但如粘膜缺损不多，又因条件所限取皮有困难时，可在上下唇及颊部分别取粘膜数块，并在一起植于缺损处。（2）取下的粘膜应卷于手

指，用弯剪刀去除粘膜下的残留组织及残留的粘液腺泡，以防植入后发生感染。（3）粘膜植入后，应将粘膜下的积血排除干净，立即加压包扎，加压包扎的方法，以口内外贯通打包包扎方法为最佳。（4）粘膜或皮肤移植的手术成败与加压包扎的效果有密切的关系。因为加压的效果不佳，使植入的粘膜或皮肤离开创面，血块凝结其间，不但愈合困难，而且血块易于发生感染。一旦植皮失败，创面由纤维组织愈合，将会影响张闭口运动。（5）牙龈切除后，24小时之内有疲乏及发热等症状，这可能是暂时性菌血症的全身反应，应在术前24小时及术后24小时应用抗菌药物。（6）为了加固牙周塞治剂的粘固作用，可在塞治剂内加一些棉花纤维。如一周内塞治剂脱落，则应重上。嘱患者用含漱剂如0.02%洗必太溶液等漱口。（7）牙龈切口初步愈合后，嘱患者用手指蘸金霉素眼药膏按摩牙龈。

第四节　三叉神经痛治疗方法

[适应症]

（1）三叉神经痛应该在排除颅内、颅底及翼腭窝内的占位性病变，确诊为三叉神经痛以后进行。（2）治疗以前应该先用麻醉剂进行定位，确定疼痛的神经是三叉神经的那一支，并明确疼痛的部位是在末梢神经或是中枢神经。单单凭患者的主诉是不完全可靠的。因此一切治疗应在定位以后进行。（3）三叉神经痛的治疗方法首先可采用比较保守的方法。在各种保守疗法无效后，再采用手术疗法，因为手术疗法的复发率也很高，手术后一旦复发，再次手术或进行其他疗法的效果就更差了。

[手术方法]

一、三叉神经痛定位方法

（1）三叉神经痛的定位，是以阻滞麻醉的方法进行定位，在麻醉效果生效后至麻醉效果消失的这段时间内，疼痛完全消失为止。先自末稍神经开始，无效时再进行中枢神经阻滞。（2）三叉神经第二股疼痛，首先阻滞眶下神经、上牙槽后神经、腭前神经、鼻腭神经。如这些阻滞都不能止痛，可以作圆孔阻滞。（3）三叉神经第三股疼痛，首先阻滞颏神经、下牙槽神经、舌神经、舌咽神经、呷肌神经。如这些阻滞都不能止痛，可作卵圆孔阻滞。（4）定点的方法与阻滞麻醉的方法完全相同。在未完全确定疼痛的部位是否在末稍神经以前，不要急于作中枢神经阻滞。因为中枢神经的阻滞或封闭较末梢神经要求更为严格，患者的痛苦较大，而且准确性也较差。对今后的治疗带来一定的困难。（5）三叉神经痛有时第二、三股同时疼痛，也有时属

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

于第一股的眶上神经亦有疼痛，因此定点时需要阻滞两股以上的神经。眶上神经痛可作眶上孔封闭。眶上孔的位置在眶上缘的正中，进针不宜过深，以免将注射液注射至眶内。

二、三叉神经中枢神经封闭方法

（一）三叉神经第二股中枢神经封闭方法

【1】颧弓下方进针封闭方法(圆孔或翼腭凹进针法)

（1）以手指扪及病员注射侧的颧弓下缘，再嘱病员作张闭口运动，扪及喙突前喙。（2）在颧弓下缘及喙突前缘处进针，针尖触及骨面时针尖的位置在上颌结节的颊侧骨面。（3）继续贴骨面向上方后方进针约1.5厘米，针尖的位置在翼腭凹内，圆孔附近，蝶腭结节及上颌神经上(图3-10)。

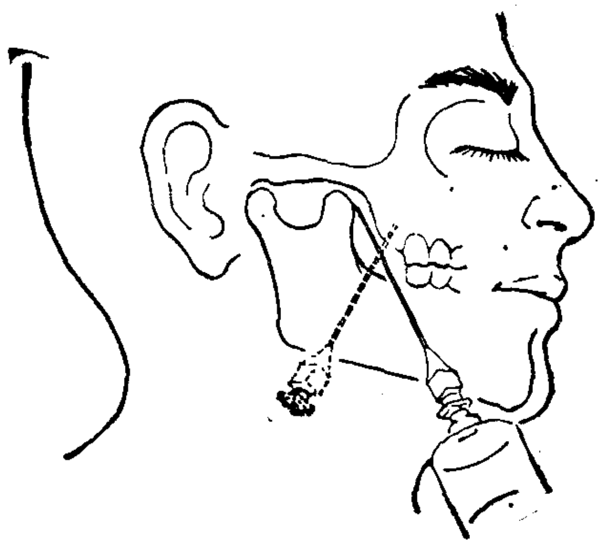


图3-10　三叉神经第二股，圆孔封闭法
颧弓下方进针法

【2】乙状切迹进针法

（1）嘱患者坐直，使矢状面与地面垂直，闭口，以手指在皮肤上扪及髁状突的前方，颧弓的下方，喙突的后方，乙状切迹的上方。以手指压迫成一凹陷。（2）在此凹陷中点的皮肤上进针，准备8厘米长的细长注射针，针上穿一标志，此标志可剪一小块橡皮手套的橡皮片插入注射针即可。进针前可在穿刺点注射少量麻醉剂。进针后注射针经过乙状切迹，直达蝶骨的大翼。注射针触及骨板后。将注射针上的橡皮标志移至距离皮肤表面1 厘米处。（3）将注射针退出一半，改变方向，向上向前进针，直至标志接触皮肤。注射针位于翼腭凹圆孔处(图3-11)。

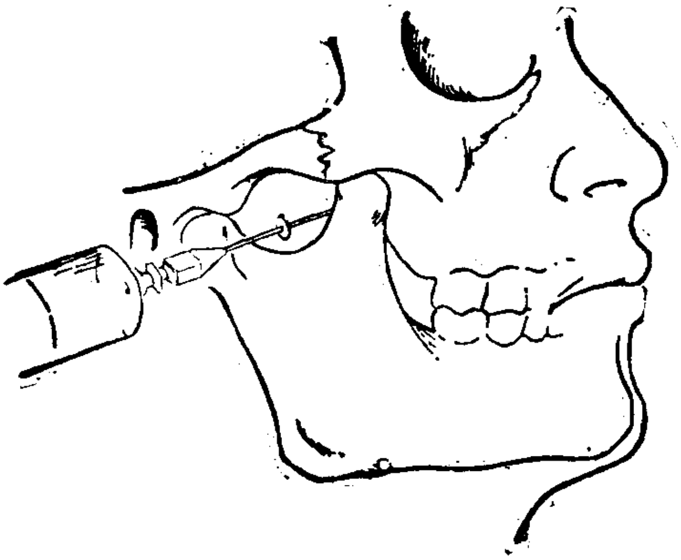


图 3-11　三叉神经第二股，圆孔封闭法
乙状切迹进针法

【3】翼腭管进针法

（1）翼腭管进针法是自腭大孔进针通过翼腭管自上颌窦后壁与蝶骨翼板相联处穿出到达翼腭凹。方法简便，效果可靠。但翼腭管不一定是直的骨管，因此应选用细长有弹性的注射针，才能在有一定弯度的骨管内进针达到翼腭凹。（2）进入腭大孔的进针方法，与阻滞腭前神经麻醉相同。进入腭大孔后，继续向上向后深入，深达3～4厘米处即翼腭凹圆孔的位置。

（二）三叉神经第三股中枢神经封闭方法（卵圆孔封闭法）

（1）卵圆孔封闭方法的穿刺点与圆孔封闭乙状切迹进针法相同。（2）进针后触及翼外板后，将橡皮标志移至距皮肤0.5厘米处，抽出大部分注射针，改变方向略向上，与地面成15～20°角，略向后与初进针位置成15°角，橡皮标志接触皮肤，即到达卵圆孔附近。（3）有时注射针能进入卵圆孔，封闭半月结节，则三股神经同时封闭。

三、三叉神经痛埋线疗法

（1）三叉神经痛埋线疗法是用羊肠线埋于有关穴位或神经孔附近，令其自行吸收，而起到治疗及止痛的作用。（2）用羊肠线一小段，在有关穴位的皮肤上作小切口，将线埋于皮下组织，用丝线缝合。（3）埋线埋藏于较深部的神经骨孔，可用较粗的注射针，将线插入针芯，用注射器注入。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

四、三叉神经痛的手术疗法

（一）眶下神经痛的手术疗法

（1）在眶下缘以下约6～8毫米的皮肤上作横切口，约1—2厘米宽，切透皮肤及皮下组织后，钝剥离到达骨面。（2）找到眶下孔，仔细剥离眶下孔以外的眶下神经，使其有足够的长度能用血管钳钳牢。（3）旋转血管嵌，使眶下管内的眶下神经能尽可能较长的卷于血管嵌上，直至拉断为止。（4）将眶下孔略加扩大，用银汞堵塞洞口。（5）缝合切口。

（二）颏神经痛手术疗法

（1）在下颌尖牙的牙龈缘向唇沟处作纵切口，再沿牙龈缘剥离至第一磨牙，翻开龈瓣，暴露颏孔。（2）仔细剥离颏孔以外的颏神经，用止血钳钳牢剥离的颏神经，尽可能将颏孔内的下牙槽神经拉断一些。（3）将颏孔略加扩大，以银汞填塞。（4）缝合龈瓣。

（三）下牙槽神经痛的手术疗法

（1）嘱患者张大口，在下颌支及喙突的前缘粘膜上作纵切口。（2）纯剥离在下颌支的内侧，相当于下颌磨牙咬合面上方1厘米处，剥离到下牙槽神经束。（3）用长止血钳钳紧神经束的近心端。再用止血钳将下颌管内的下牙槽神经拉出。（4）用丝线结扎下牙槽神经束的断端，以防下牙槽动脉出血。（5）缝合切口。

［手术应注意事项］

（1）中枢神经封闭术，因封闭的部位在比较深的颅底或翼颌凹内，消毒应非常严密，一旦发生感染后果非常严重。注射针应经过高压消毒，手术区用柳硫汞酊严密消毒，并铺洞巾。术者应戴橡皮手套。（2）无水酒精封闭，因酒精的刺激性大，注射量不宜过多，最多不能超过1毫升，注射区可先作麻醉，但需等麻醉剂消散以后再注射酒精，否则麻醉剂会冲淡无水酒精的作用。（3）无水酒精的作用是使组织纤维化，作下牙槽神经酒精封闭能使翼内肌及有关韧带纤维化，而影响张口运动。因此下牙槽神经酒精封闭最好少作或不作。可直接作卵圆孔酒精封闭。（4）下牙槽神经封闭手术，有时因患者张口困难，而不能由口内进行。这种情况可采用口外法，在面部皮肤上扪到下颌骨的后缘、前缘及下缘。再扪到乙状切迹。以下颌支的四个边缘在皮肤上画一假想长方形，画出此长方形的对角线，对角线相交的位置即下颌孔在下颌支内侧的实际位置。嘱患者头向对侧倾斜，在颌下区下颌骨

内侧进针，紧贴下颌支内侧进针，到达对角线交点的位置即可(图3-12)。

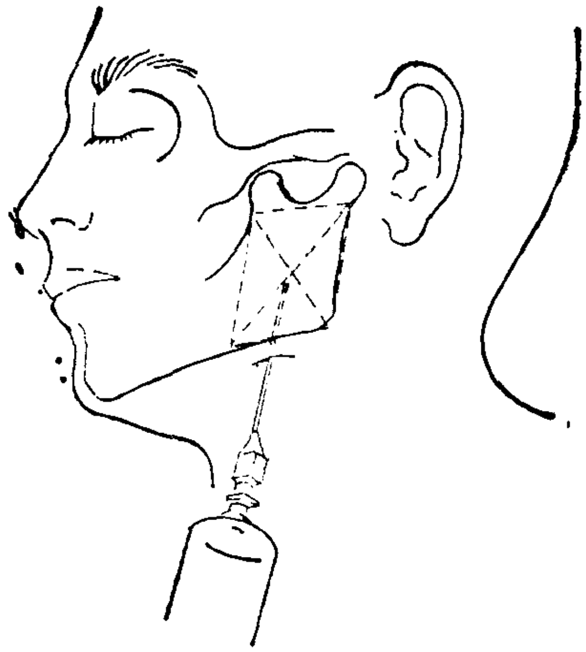


图 3-12　下牙槽神经及舌神经封闭口外法

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第四章　口腔矫形小手术

第一节　牙槽成形术

[适应症]

（1）在装配托牙以前，凡是牙槽嵴骨组织，及周围的软组织，有碍托牙的配戴及固位，都应用外科手术方法进行矫治。（2）拔牙以前，由于牙的感染破坏了牙槽骨。牙周疾病造成牙槽骨的不同程度的萎缩，或拔牙时牙槽骨骨折。拔牙以后使牙槽嵴形成不同程度的畸形，在装配托牙以前都要进行手术修整。（3）软组织上有牙龈的增生，唇颊系带或舌系带的附丽异常，都可以手术矫治。（4）牙槽嵴高度萎缩，造成龈沟变浅，使托牙固位困难。亦可用手术方法加深龈沟。

[手术方法]

一、牙槽嵴修整术

（1）牙槽修整手术最适宜的时间为拔牙后8～12个星期，这时牙槽嵴的吸收已趋稳定，过早进行手术可能要失败。牙槽修整术后两星期即可作托牙修复。（2）手术以前用手指伸入牙槽嵴检查有无悬突，骨尖，及压痛点，以明确手术范围。（3）切口：沿牙槽嵴中央作横切口，切口的两端应在修整范围外1厘米处。再在此切口的两端向唇颊沟处作纵切口，使与横切口成135°角。纵切口的长度为1—1.5厘米，使不超过手术切除骨组织的深度为限。（4）一次作半口手术时，切口上颌应自上颌结节后方开始，沿牙槽嵴正中，切至对侧上颌结节后方。再在两侧相当于尖牙区，向颊沟作纵切口。下颌是自一侧磨牙后三角开始，切至对侧磨牙后三角区，再在两侧尖牙区向唇沟作纵切口（图4-1）。（5）剥离粘骨膜，剥离时应用小而较锋利的骨膜分离器，自横纵切口的交汇处开始，揭起唇颊侧的牙龈。剥离要轻巧，不可穿破。剥离深度略超过手术区即可，不宜过深。近唇颊沟处粘骨膜很薄，可将骨膜分离器包以纱布进行剥离。有纤维组织或疤痕粘连时，可用刀片切断。（6）修整牙槽骨：用骨剪或咬骨钳去除不规则的骨突和利缘，较大骨隆起有时需要用骨凿进行修整，使用骨凿应自近中凿向远中，骨凿与牙槽嵴平行，分层去除骨组织。牙槽嵴的宽度与高度对托牙的固位同样重要，或者宽度更为重要。因此在修整牙槽嵴时应该尽量保留颊侧骨板。上颌牙槽嵴应尽可能

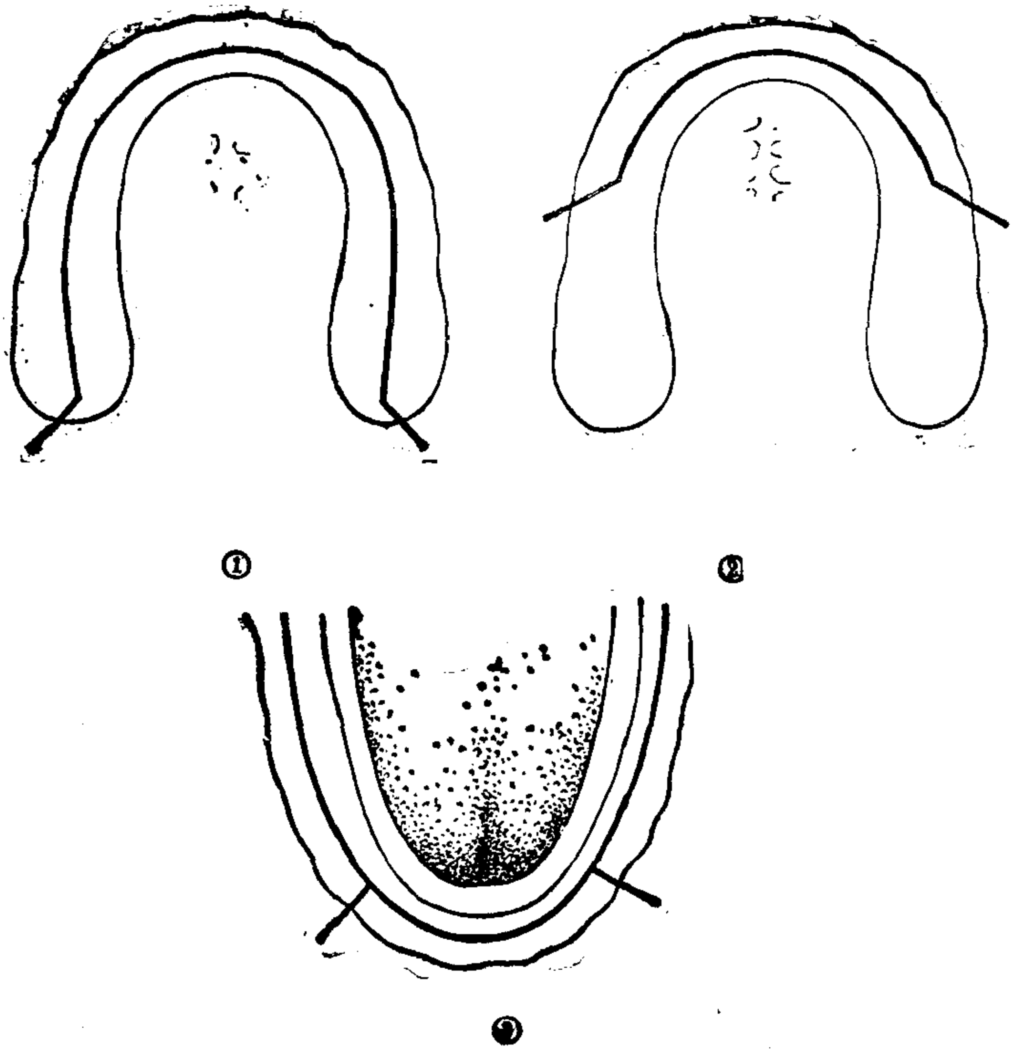


图4-1①～③

① 牙槽修整术切口，上颌全区手术切口

② 牙槽修整术切口，上颌前牙区切口

③ 牙槽修整术切口，下颌全区手术切口

保持“凵”形，下颌应为“冂”形。“八”形或斧头状的牙槽嵴，不但不利托牙的固位，而且牙槽嵴的锐利部分很快即被吸收。（7）骨组织修整以后，粗糙部分用骨锉锉平。尤其应注意骨质去除部分与未去除部分的衔接处，常常会有锐利的边缘。检查时应反复将龈瓣复位，检查有无残留的倒凹及锐角，应继续修平。（8）用刮匙去除骨面上及龈瓣上的一切残留病理组织，注意龈瓣内侧有时有粘连的小块骨尖，清除后用生理食盐水清洗。（9）修剪软组织：还原粘骨膜瓣，与舌侧牙龈如有重叠现象，可将多余部分剪去，但不应修剪过多。（10）缝合粘骨膜瓣，较长的切口可作连续缝合，一般作间断缝合，不宜缝合过紧，因为缝合过紧可使龈沟变浅。如骨粘骨膜瓣与舌侧牙龈有一段距离，可不必勉强拉紧缝合，所留的间隙能自行愈合（图4-2，4-3）。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

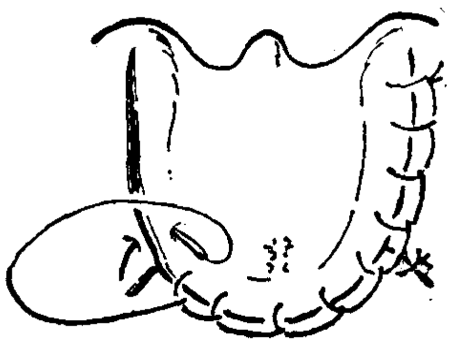


图4-2 牙槽修整术连续缝合

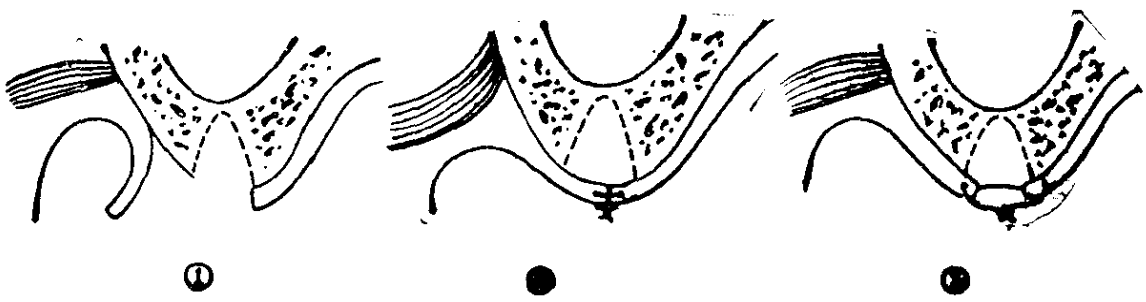
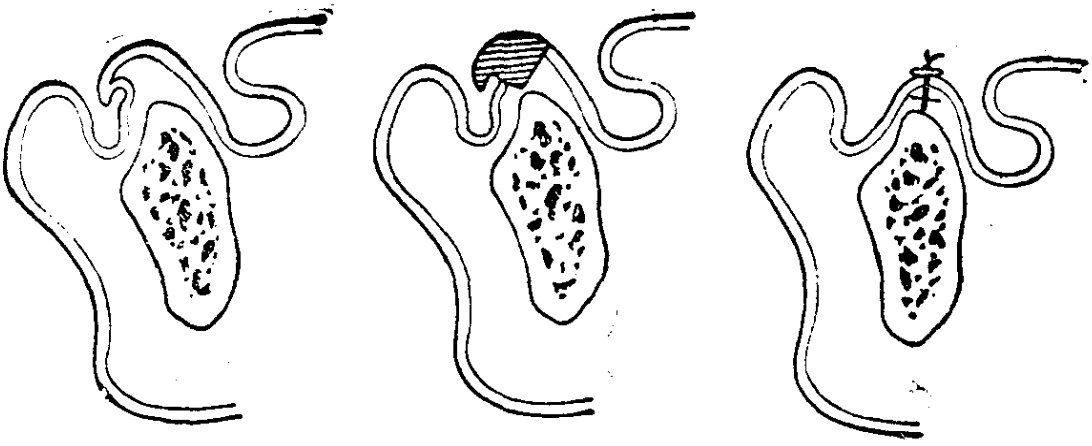


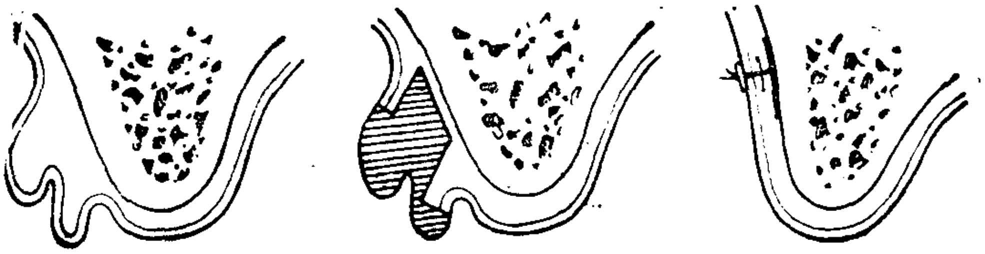
图4-3 牙槽修整术龈瓣缝合不宜过紧
① 未缝合前龈沟有一定深度 ② 缝合后龈沟变浅
③ 放松缝合龈沟保持原来深度

二、牙龈增生修整术

（1）牙龈增生修整术是指在无牙的牙槽嵴上，牙龈过度增生，或有大量的疤痕组织，必须在托牙修复以前加以修整。（2）手术方法的基本原则是将增生或不良组织全部切除，但不要切透或切除骨膜，以免暴露骨面。（3）如果增生组织的范围大。应该尽可能保留适当的粘膜，而是将粘膜下的增生组织切除，使削薄的粘膜及粘膜下组织足以覆盖创面。（4）最后用000号丝线作间断缝合，5天以后拆线(图4-4)。（5）手术前后，必须找到牙龈增生的原因。如果是由于不良托牙压迫而引起牙龈增生，托牙必须磨改或重作。否则会导致增生的复发。



①



②

图4-4 牙龈增生修整术
① 下颌牙龈修整术 ② 上颌牙龈修整术

三、上颌结节修整术

（一）上颌结节骨性肥大修整术

（1）上颌结节骨性肥大，可能是骨增生性肥大，也可能内含有阻生第三磨牙。上下颌缺牙时间较多，又未作托牙修复的患者，有时会有上颌结节肥大伴有上颌窦下垂及膨胀，因此术前应摄片明确诊断。（2）在上颌结节的颊侧及腭侧各作一水平梭形切口，去除切口中的组织。梭形切口的大小视去除骨组织多寡而定。以免骨组织去除后，牙龈与骨面之间有空腔。（3）再在自磨牙区牙槽嵴正中至上颌结节后方作水平切口，此切口切至上颌结节区，可改成为梭形切口。（4）剥离上颌结节颊侧及舌侧的粘骨膜瓣。（5）以平骨凿，凿去肥大的骨组织，因上颌结节区骨比较疏松，去骨时应自下至上，自前向后，一层层小块凿除。用力过猛，易于造成大块骨折及缺损。也可能穿通上颌窦。（6）间断先缝合上颌结节两侧的切口，再缝合牙槽嵴正中的切口(图4-5)。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

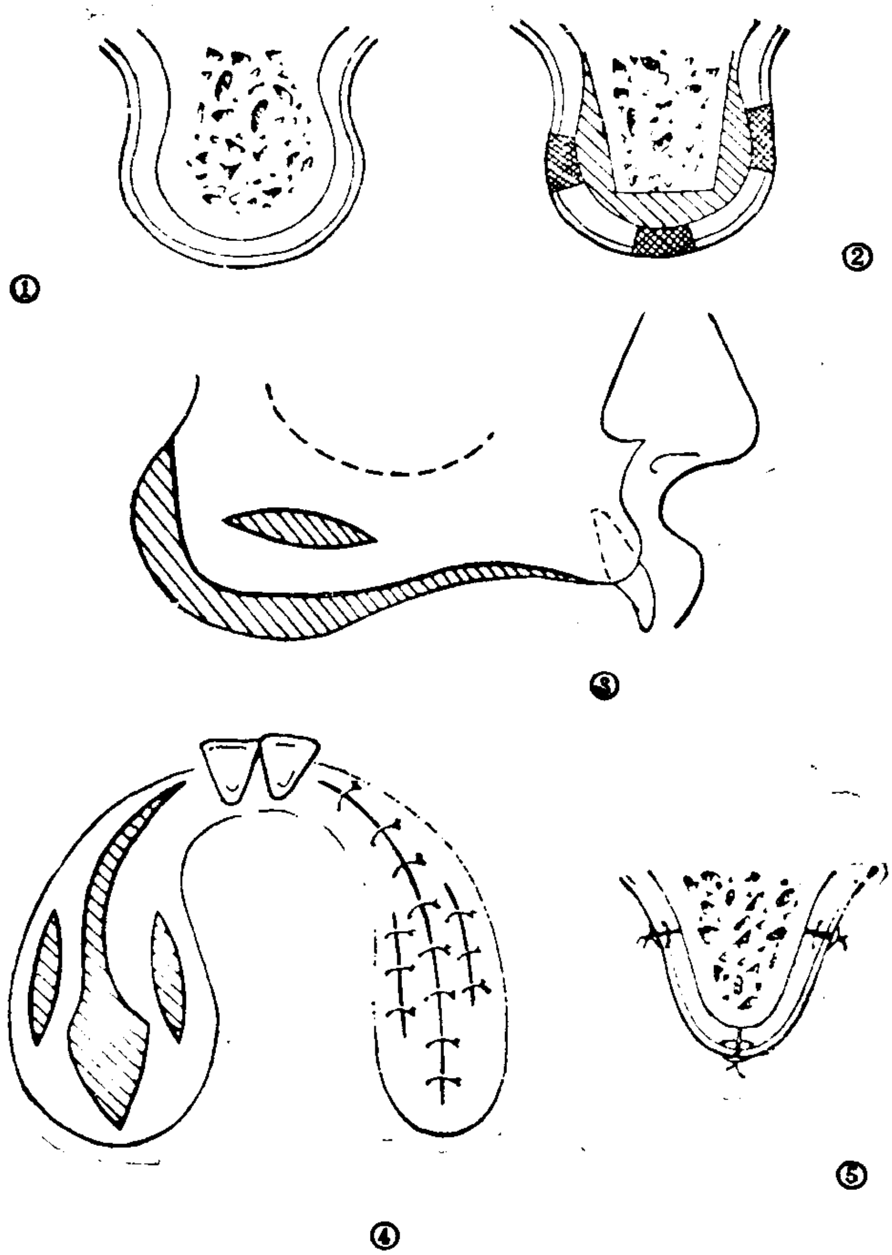


图4-5　上颌结节骨性肥大修整术

① 上颌结节骨性肥大断面图　② 手术应去除的骨组织及软组织

③ 侧面图表示应去除的骨组织及软组织　④ 牙龈缝合　⑤ 牙龈缝合断面图

（二）上颌结节纤维性肥大修整术

（1）上颌结节纤维性肥大，是骨组织并无肥大，而是牙龈有纤维性增生，手术原则是自牙龈的内侧将牙龈削薄，保留粘膜。（2）切口自上颌结节前方正中的牙槽嵴上，向远中，深达骨面作梭形切口，止于上颌结节正中后方。梭形切口的两缘距离的大小视应切除组织多少而定。（3）用锋利的骨膜分离器，去除切口中的牙龈组织。并将切口两侧的牙龈剥离。（4）用锋利的牙龈刀，自牙龈的内侧削薄之。（5）如需同时作骨切除时，按照骨

组织肥大的方法去除骨组织。（6）复位牙龈瓣，使紧贴骨面，作间断缝合（图4-6）。

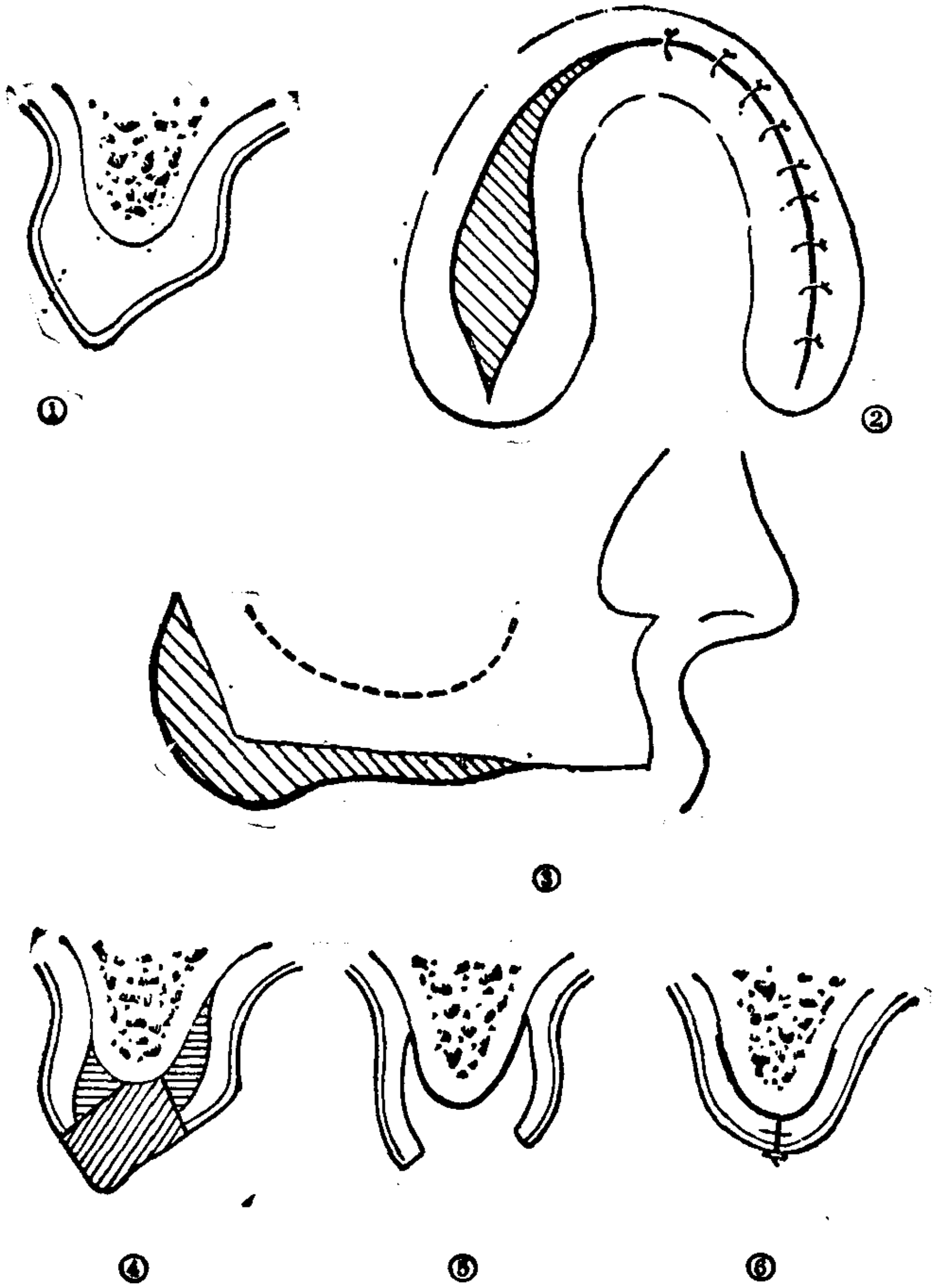


图4-6 上颌结节纤维性肥大修整手术

① 上颌结节纤维性肥大断面图 ② 应切除牙龈及部分缝合后
③ 应切除牙龈断面图 ④ 断面图表示上颌结节正中牙龈切除后将颊舌侧牙龈削薄
⑤ 全部肥厚的软组织切除完毕 ⑥ 缝合

四、颌骨隆突修整术

（一）上颌隆突修整手术

（1）上颌隆突见于硬腭腭中缝正中，亦称为腭隆突，表面光滑颇似骨

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

瘤。（2）切口：在隆突正中作直切口直达骨面，再在两端各作一"V"形或弧形口。以方便翻开龈瓣。（3）将龈瓣翻开，使骨隆突全部暴露。隆突表面的牙龈很薄，剥离时应谨慎，防止剥穿。（4）用骨凿去除隆起的骨组织，凿骨时切忌大块凿除，因大块凿除可能造成大块骨折断而与鼻腔穿通。隆突凿除后用骨锉或骨磨轮锉平骨面。去除一切残渣。（5）剪除多余的粘膜，将粘骨膜瓣复位，间断拉紧缝合。5天后拆线(图4-7)。

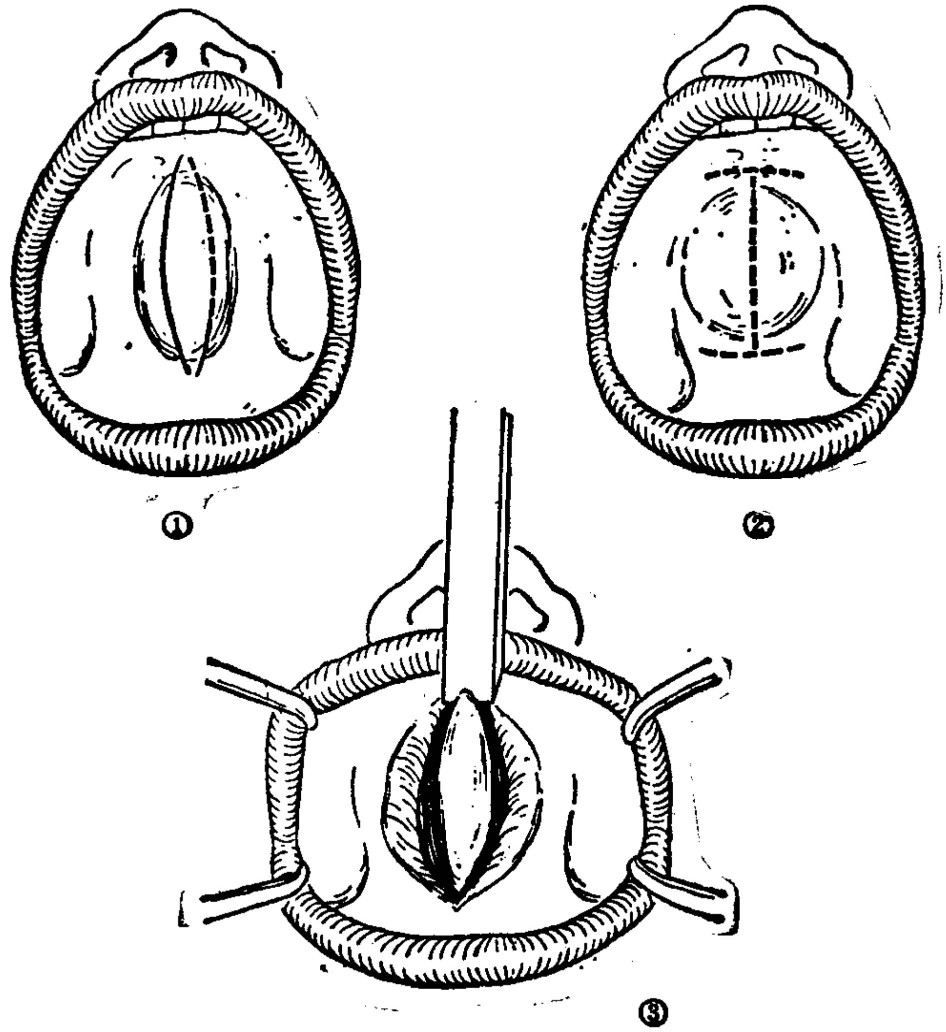


图4-7 上颌隆突修整术

① 梭形切口 ② H形切口 ③ 翻开龈瓣凿除隆突

（二）下颌隆突修整手术

（1）下颌隆突位于下颌双尖牙或尖牙的舌侧。（2）切口：在无牙的牙槽嵴上作切口，应沿牙槽嵴正中，自第一磨牙至对侧第一磨牙作切口。切不可在隆突上作切口，因为隆突表面粘骨膜极薄，非常容易剥穿。有牙或部分缺牙的牙槽嵴上作隆突切除时，切口在无牙区切于牙槽嵴正中，有牙区沿舌侧牙龈缘剥离。切口范围也应自第一磨牙至对侧第一磨牙。（3）用骨凿凿去隆突。（4）缝合时有牙区将颊侧牙龈乳头对齐缝合。无牙区唇颊侧牙

龈与舌侧牙龈作间断缝合。

五、唇舌系带修整手术

(一) 唇系带修整手术

〔1〕唇系带肥大修整手术

(1) 此种系带畸形自上唇正中延伸至腭乳头。儿童时可使两中切牙之间有一很宽的间隙,作牙列矫正时必须先手术修整。前牙缺牙作托牙修复以前,亦须先手术修整。否则影响托牙的固位。(2) 切口:用拉钩将上唇牵引向上,在系带的两侧作梭形切口,自上唇的内侧开始至腭乳头的后方。并在唇内侧系带的唇端作横切口。(3) 切除全部纤维组织,此种纤维组织在嘴唇向上向前提拉时可以明显区分。附丽于腭部的系带应自骨面剥离。(4) 缝合时自上唇粘膜开始,要紧密缝合,腭乳头处不能拉拢,可不作缝合。伤口涂以安息香酸酊,令其自行愈合(图4-8)。

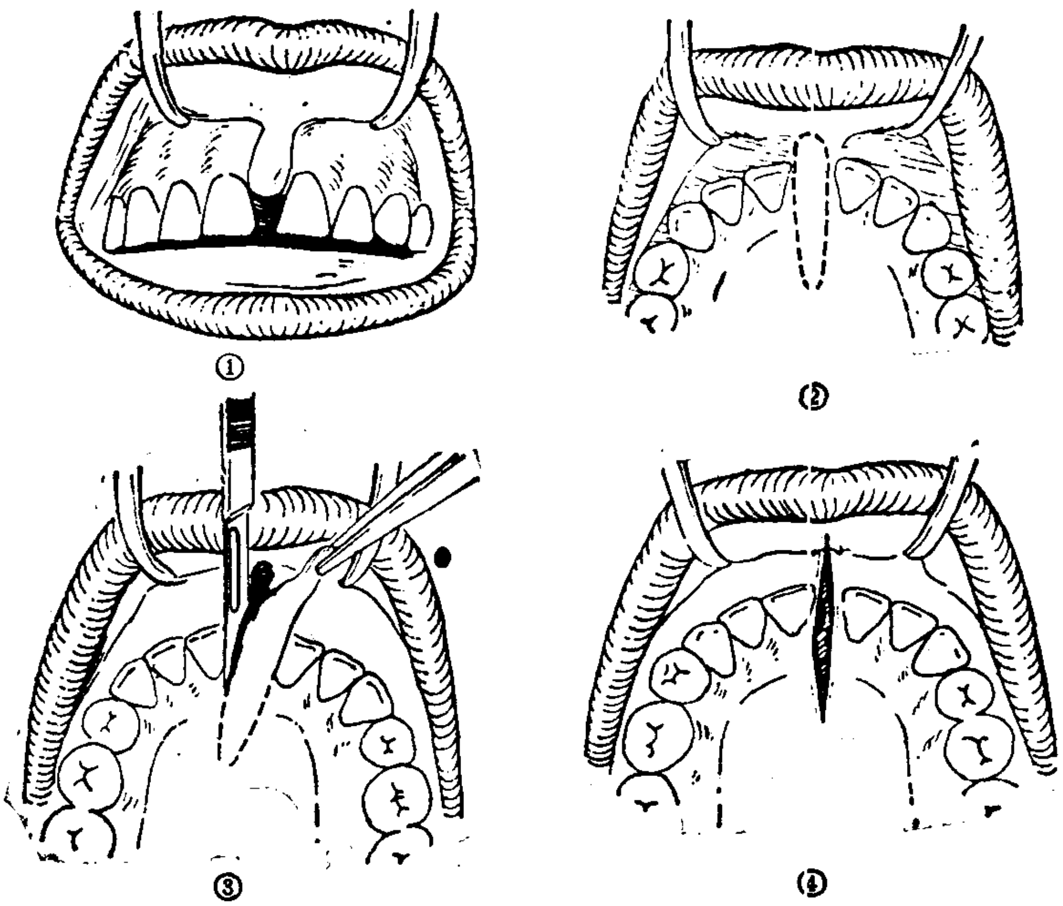


图4-8 上唇系带肥大切除术

①上唇系带肥大 ② 切口 ③ 切去肥大的系带 ④ 缝合

〔2〕上唇系带过短或附丽过低修整手术

(1) 此种手术是为了增长系带的长度,以增加上唇的活动度,及便利托

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频,微信公众号里搜索qzkqsp1(茄子口腔视频1首字母)即可关注

牙的装置及固位。（2）提起上唇，取血管钳一把紧贴牙槽突唇侧夹紧舌系带，使血管钳与牙槽突唇面平行，上达唇皱壁，贴近系带附着牙槽突唇面的基部。（3）另取血管钳一把，夹紧系带与上唇相连的基部。使此两血管钳的尖端彼此相接触。（4）用锐利的刀片，沿上面一把血管钳的内侧，下面一把血管钳的外侧切开唇系带，至切开完成时使两个血管钳包括两血管钳之间所夹的组织一起落下。（5）先在唇皱壁处缝一针，然后在唇皱壁及唇红缘间作间断缝合。牙槽嵴唇侧的切口不必缝合，敷以碘仿油纱布使保持4～6小时。5天拆线(图4-9)。

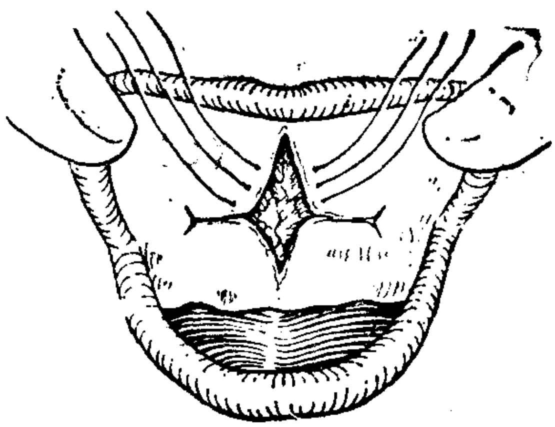


图4-9
唇系带过短或附丽过低手术

【3】唇系带"Z"形修整手术

（1）此种手术方法最适用于系带过短。（2）将上唇向上方牵开，使系带成紧张状态，沿系带正中作纵形切口，再在此两侧各作一横切口，成为"Z"形。（3）剥离切口内的两三角皮瓣，上下交换缝合(图4-10)。

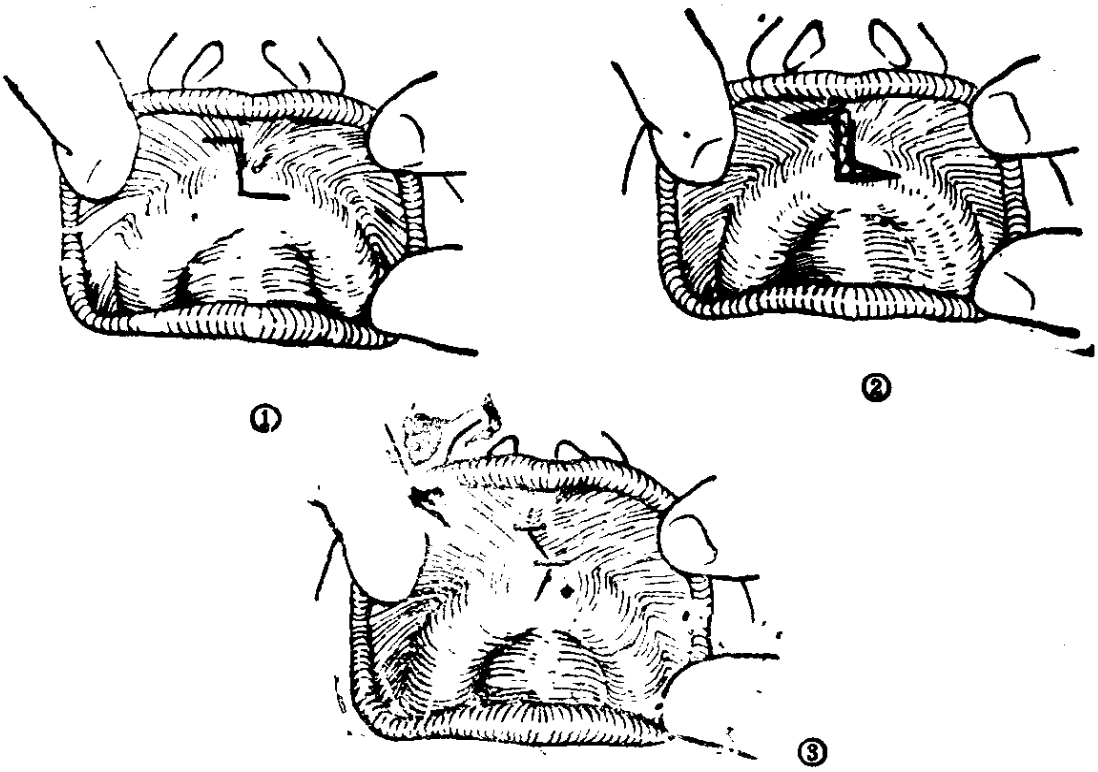


图4-10 唇系带"Z"形手术
① 切口 ② 切开 ③ 缝合

（二）舌系带修整术

（1）婴儿作舌系带修整手术可不用麻醉，直接剪断舌系带，以纱布团压迫片刻即可止血，不需缝合。（2）儿童及成年患者，用带橡皮头的舌钳，牵开舌尖，在舌系带中下方作横切口，切断系带与口底部的附丽，成为一个菱形切口，一半在口底，一半在舌底。切口不宜过于贴近舌面，因可能损伤舌下血管造成出血。（3）缝合口底及舌下伤口，5天以后拆线(图4-11)。

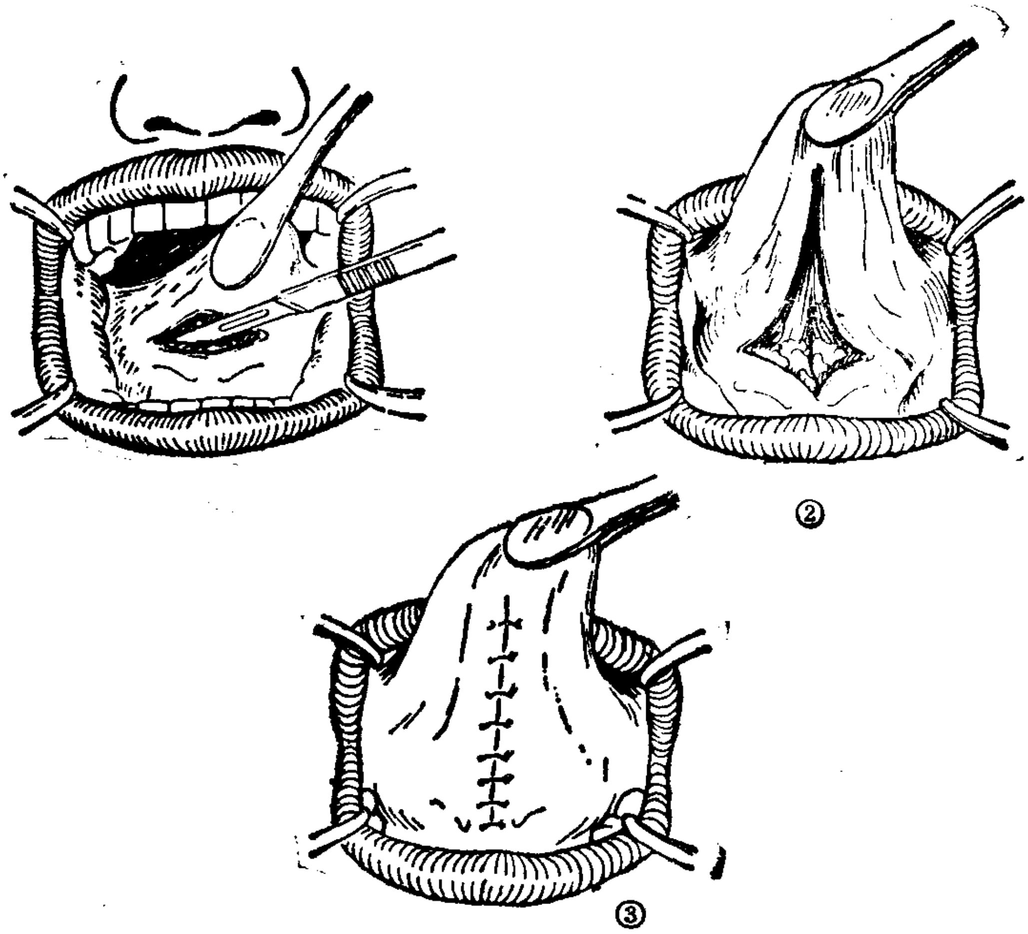


图4-11 舌系带修整手术

① 切口 ② 切开后 ③ 缝合

六、龈沟加深手术

（一）粘膜转移龈沟加深术

【1】上颌唇沟加深术

（1）在上唇内侧的粘膜上作一与牙槽嵴平行的弧形切口，使切口至唇沟处的距离等于唇沟欲加深的宽度。切口的长度等于唇沟欲加深的范围。切口的深度到达粘膜下组织，并与牙槽嵴上牙龈的厚度相似。（2）用锋利刀片向牙槽嵴的方向，切开一个粘膜皮瓣，到达牙槽嵴，但切不可切破骨膜。粘

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

膜瓣的厚度要求平均，并应注意唇沟的弧度以免剥穿。（3）用钝性器械，如骨膜分离器，或直刮匙，将附丽于骨面的肌肉纤维推向上方。再以有齿镊及刀片去除骨膜表面的肌肉纤维，使骨膜完全暴露。但应特别注意勿切穿骨膜。（4）将粘膜覆盖于骨膜表面，并使贴紧骨面。将粘膜瓣紧密缝于骨膜上。（5）用一根与切口相当长度的导尿管，压迫于粘膜瓣的边缘，橡皮管用缝线穿过上唇，用棉卷或钮扣固定于上唇皮肤(图4-12)。

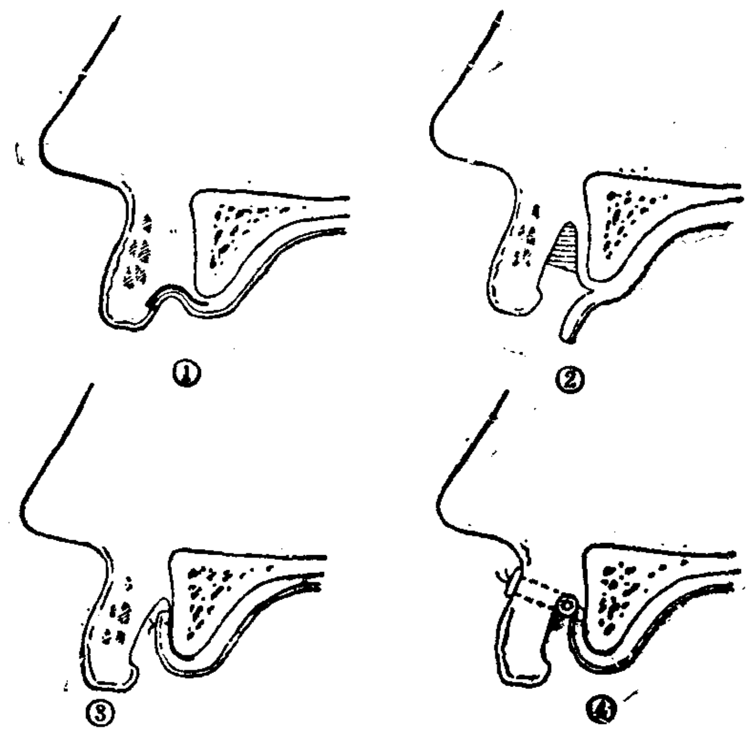


图4-12 上颌唇沟加深术

① 切口及剥离粘膜瓣 ② 切除唇沟下的软组织

③将粘膜瓣缝于骨膜上 ④ 用橡皮管固定于上唇皮肤

【2】上颌颊沟加深手术

（1）上颌颊沟，特别是上颌结节处的颊沟深度，对托牙的固位及稳定关系甚大。但作加深手术必须有原有的托牙，或临时制作临时托牙才能作加深手术。（2）手术之前先在原有的托牙基托的边缘上，用自塑塑料加高边缘的高度。（3）切口在颊沟下方的颊粘膜上，长度相当于加深的范围，深度相当于牙龈的厚度。（4）用刀片沿切口剥离成相等厚的颊粘膜瓣。（5）用钝性器械将附丽于颌骨上的颊肌纤维上推。（6）将粘膜瓣上翻，粘于骨面上。（7）将基托边缘增高的托牙戴入，使粘膜瓣固位愈合(图4-13)。

【3】下颌唇沟加深术

（1）切口作于下唇粘膜，与牙槽嵴平行，成弧形。长度为唇沟应加深的范围，宽度是自唇沟最深处到达切口的距离等于应加深唇沟的深度。切口的

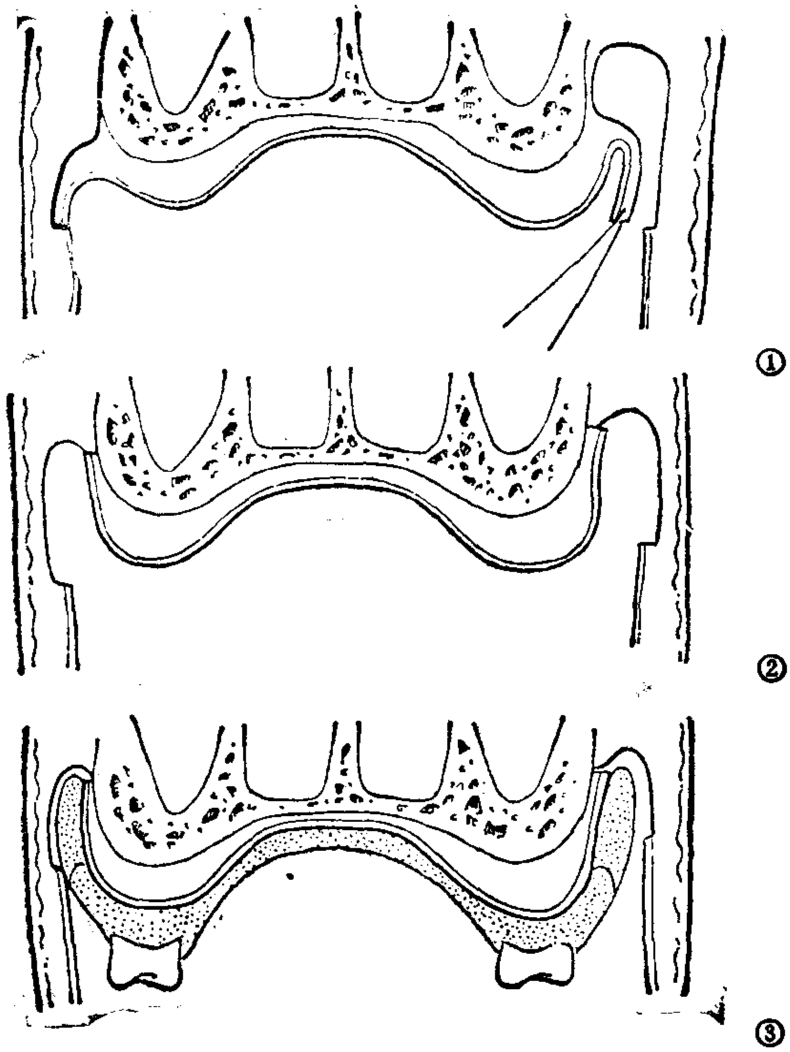


图4-13 上颌颊沟加深术

① 切口及剥离粘膜瓣 ② 粘膜瓣移至加深的颊沟 ③ 以增高基托的托牙固位

深度相当于牙槽嵴上牙龈的厚度。（2）沿切口向牙槽嵴剥离，到达牙槽嵴骨面，不要切破骨膜。成为一个相等厚度的粘膜瓣。（3）用钝性器械下推骨面上附丽的肌纤维。（4）将粘膜瓣下拉，紧贴骨面，缝合于骨膜上。以导尿管压迫于粘膜瓣的边缘。导尿管用线穿出口外固定于颏下皮肤上（图4-14）。

【4】舌沟加深术

（1）切口在口底粘膜上，与牙槽嵴平行，切口的长度为舌沟应加深的范围，宽度相当于加深的深度。切口的深度等于牙龈的厚度。（2）沿切口及骨面向下剥离至颏棘下方。（3）用直针及00号丝线，在颏舌肌上穿一针穿过颏下皮肤，先勿打结。（4）用骨凿将颏棘凿去，用骨锉锉平，并去除残留于颏舌肌断端的残骨片。（5）用骨膜分离器将颏舌肌推至下颌骨下

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

缘。（6）将穿过颏下皮肤的线拉紧，用棉卷或钮扣固定于皮肤。（7）切口拉紧缝合(图4-15)。

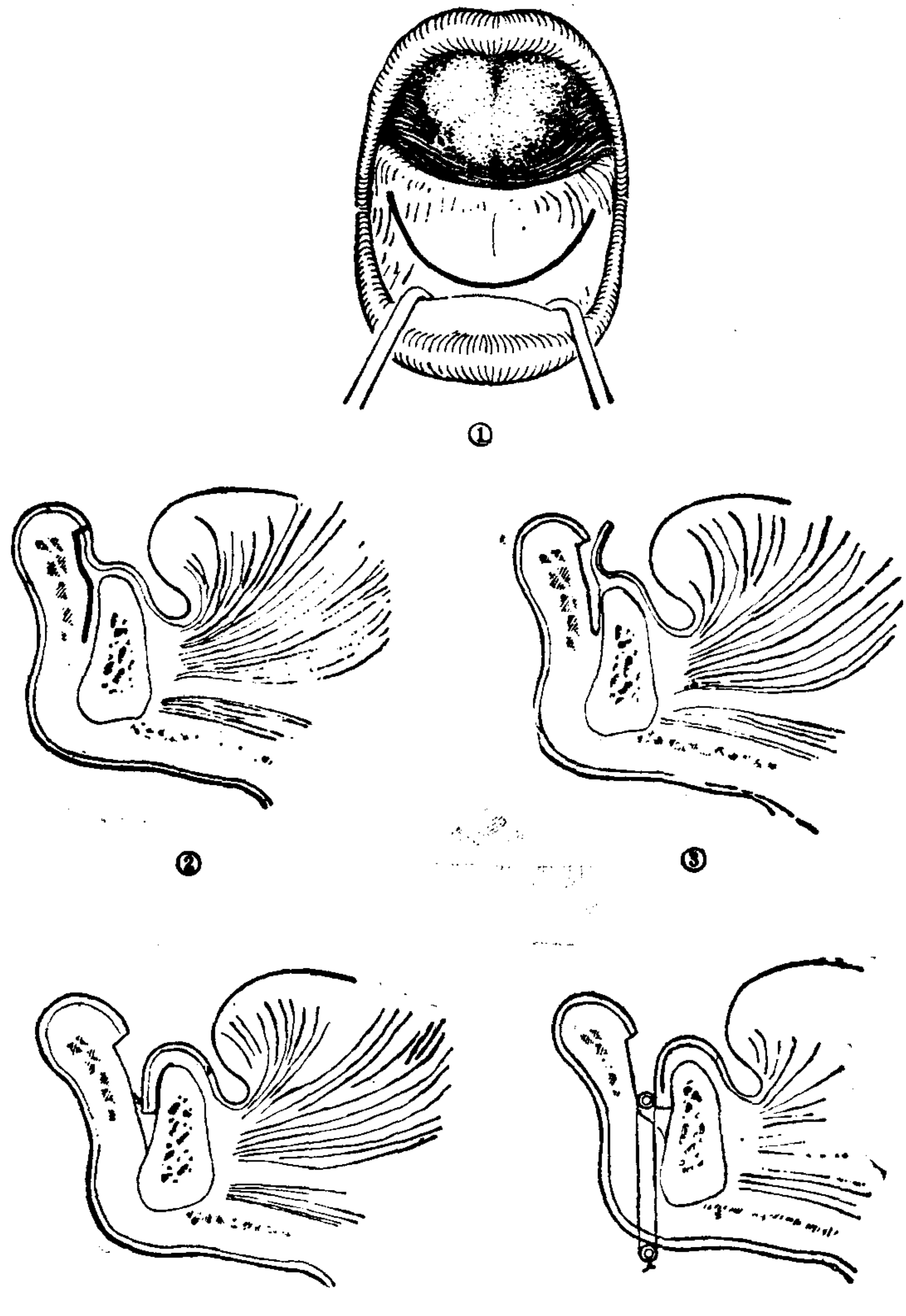
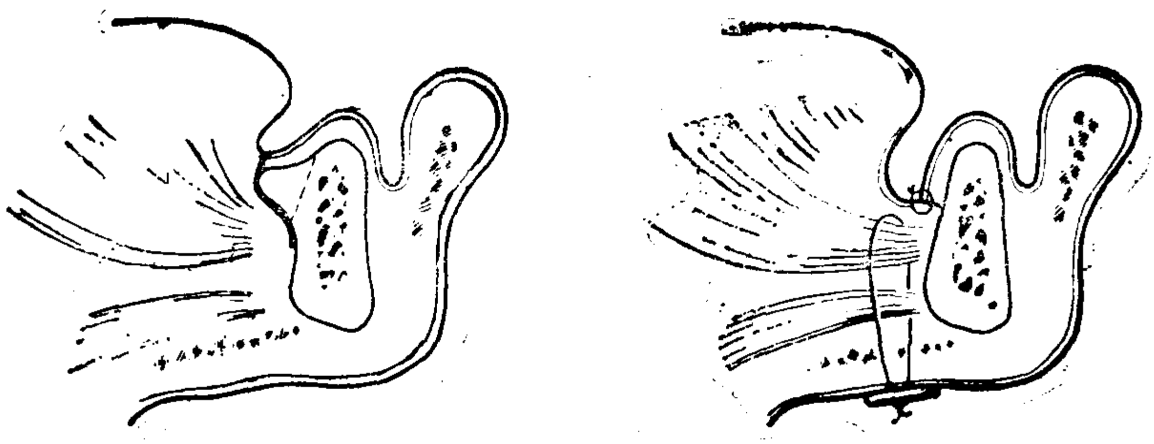


图4-14　下颌唇沟加深术

① 切口正面图　② 切口侧面图　③ 剥离粘膜瓣

④ 粘膜瓣缝于骨膜上，⑤ 以橡皮管固位



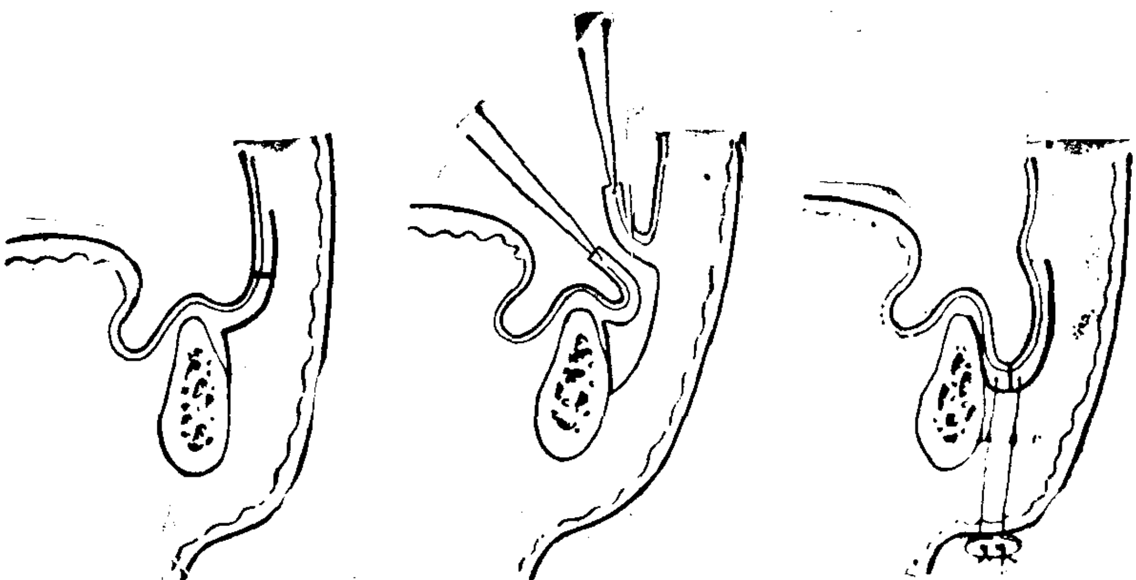
①　　　　②

图4-15　舌沟加深手术

① 切口，凿去颏棘　② 缝合及固定

【5】下颌颊沟加深术

（1）下颌颊沟加深术的切口是在颊沟上方的颊粘膜上。切口的长度相当于加深的范围。自颊沟最深处至切口的距离等于应加深的深度。沿切口向牙槽嵴剥离成相等厚的粘膜瓣。（2）用钝性器械将附丽于骨面的颊肌纤维下离同样厚度的粘膜瓣，其厚度相当于牙龈的厚度。再沿切口向上方剥离同样推。（3）将此两粘膜瓣的断端各吊一针，穿出颌下皮肤。（4）拉紧线的两端，用钮扣固定于皮肤上(图4-16)。



①　　②　　③

图4-16　下颌颊沟加深术

① 切口　② 剥离粘膜瓣　③ 缝合固定

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

（二）粘膜下空腔压迫龈沟加深术

【1】上颌唇颊沟加深术，粘膜下空腔压迫法

（1）此种手术方法最大的优点是术后没有暴露的创面，但是必须有托牙或夹板作良好的压迫固位。（2）将上唇向前上方拉开，在上唇粘膜上，正中，自唇红缘起到达牙槽嵴作一纵形切口，切断粘膜及粘膜下组织。（3）用止血钳或剪刀伸入切口的两侧，沿下颌骨将粘膜与肌肉层作潜行剥离。剥离的范围相当于唇颊沟应加深的范围。可以自切口向后直达磨牙区。（4）以尖头剪刀的一喙插入肌肉层的上方，一喙插入潜行剥离的粘膜下，亦即肌肉层的下方。紧贴骨面，剪断肌肉与颌骨的附丽，剪刀越贴紧骨面越好，尽可能使残留骨面的肌纤维越短越好。（5）用钝性器械自切口伸入颌骨，将肌肉上推使与粘膜之间有一空腔。（6）缝合上唇内侧的纵切口。（7）戴入已准备好的基托边缘增高的托牙或夹板，用不锈钢丝固定。（8）不锈钢丝固定的方法是在托牙或夹板的基托上钻洞，然后自此洞用骨钻自腭侧牙槽嵴至颊侧牙槽嵴上方钻洞，穿入不锈钢丝，将托牙或夹板扎紧于牙槽嵴上。2至3个星期以后拆除固定，立即制作永久托牙（图4-17）。

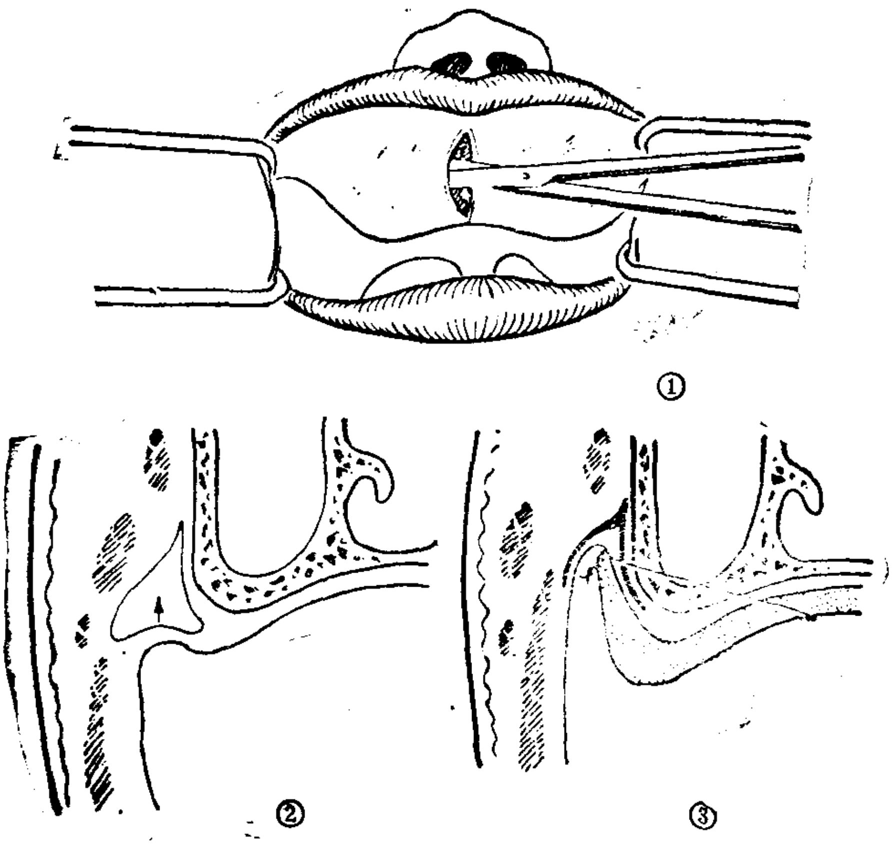


图4-17　上颌唇颊沟加深（空腔压迫法）

① 切口及潜行剥离　② 剪断附丽肌肉形成空腔

③ 以夹板压迫空腔，夹板以不锈钢丝作骨间固定

【2】下颌唇颊沟加深术空腔压迫法

（1）将下唇向前下方拉开，在下唇正中粘膜上，自唇红缘至牙槽嵴作纵切口，切透粘膜及粘膜下组织。（2）用血管钳或剪刀深入切口两侧的粘膜下，作潜行剥离，剥开粘膜与肌层。（3）在切口的两侧，近牙槽嵴的肌层上，各吊一针，线的两端用直针穿出口外颏部皮肤，暂不打结，线勿穿过粘膜。（4）用尖头手术剪刀，一喙自切口插入肌层以下，一喙插入粘膜下，剪刀紧贴颏部骨面及颊部骨面剪断附丽于骨面的肌纤维。（5）用钝性器械将剪断的肌肉层下推。（6）抽紧穿出颏部皮肤的线端，使肌肉层下移，用钮扣固定于皮肤上。（7）缝合唇内侧的纵切口。（8）用预制好的夹板或基托边缘加深的托牙压迫固定。夹板或托牙的固定方法最好是用骨周固定。方法详见第二章第九节骨折的骨周固定。

【3】下颌唇颊沟加深手术与牙槽修整一次完成，空腔压迫法

（1）拉开下唇在下唇内侧中央粘膜上自牙槽嵴至近唇红缘处作纵切口。再在牙槽嵴正中作横切口。（2）按照作牙槽修整的方法作好牙槽修整。（3）再按照下颌唇颊沟加深空腔压迫法的方法作唇颊沟加深手术（图4-18）。

【4】下颌唇颊沟及舌沟加深一次手术，空腔压迫法

（1）在牙槽嵴正中作横切口，翻开唇颊侧及舌侧龈瓣。（2）在舌颏肌及颏舌肌上各吊一针，穿出颏部及颏下皮肤，先不打结。（3）切断唇肌及颏舌肌的附丽，将肌肉下推，拉紧穿出皮肤的线端，用钮扣固定于皮肤。（4）缝合切口，使粘膜下形成空腔。（5）戴入托牙或夹板，压迫固定（图4-19）。

（三）附丽肌下推手术

【1】下颌舌骨肌下推手术

（1）切口沿牙槽嵴舌侧，自前牙开始至第三磨牙，暴露下颌舌骨肌。（2）用弯止血钳自切口前缘伸入下颌舌骨肌的下方，直达切口的后端，将止血钳垫于肌肉的下面，用刀切断肌肉纤维。注意勿伤及颌下腺导管及在切口后端附近的舌神经。（3）去除残留于骨面的肌肉纤维，但不可切穿骨膜。（4）口底部的粘膜及肌肉，此时可以下降至下颌骨下缘附近，用000号丝线固定于颌下部的皮肤上，此种固定可吊三针。暴露的创面涂以安息香酸酊。（5）暴露的创面由肉芽组织愈合，全部愈合时间需1～2个月（图4-20）。

【2】下颌舌骨肌下推及下颌舌骨肌嵴修整手术

（1）下颌舌肌嵴比较宽或突出的患者，在下推手术的同时必须作嵴的

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

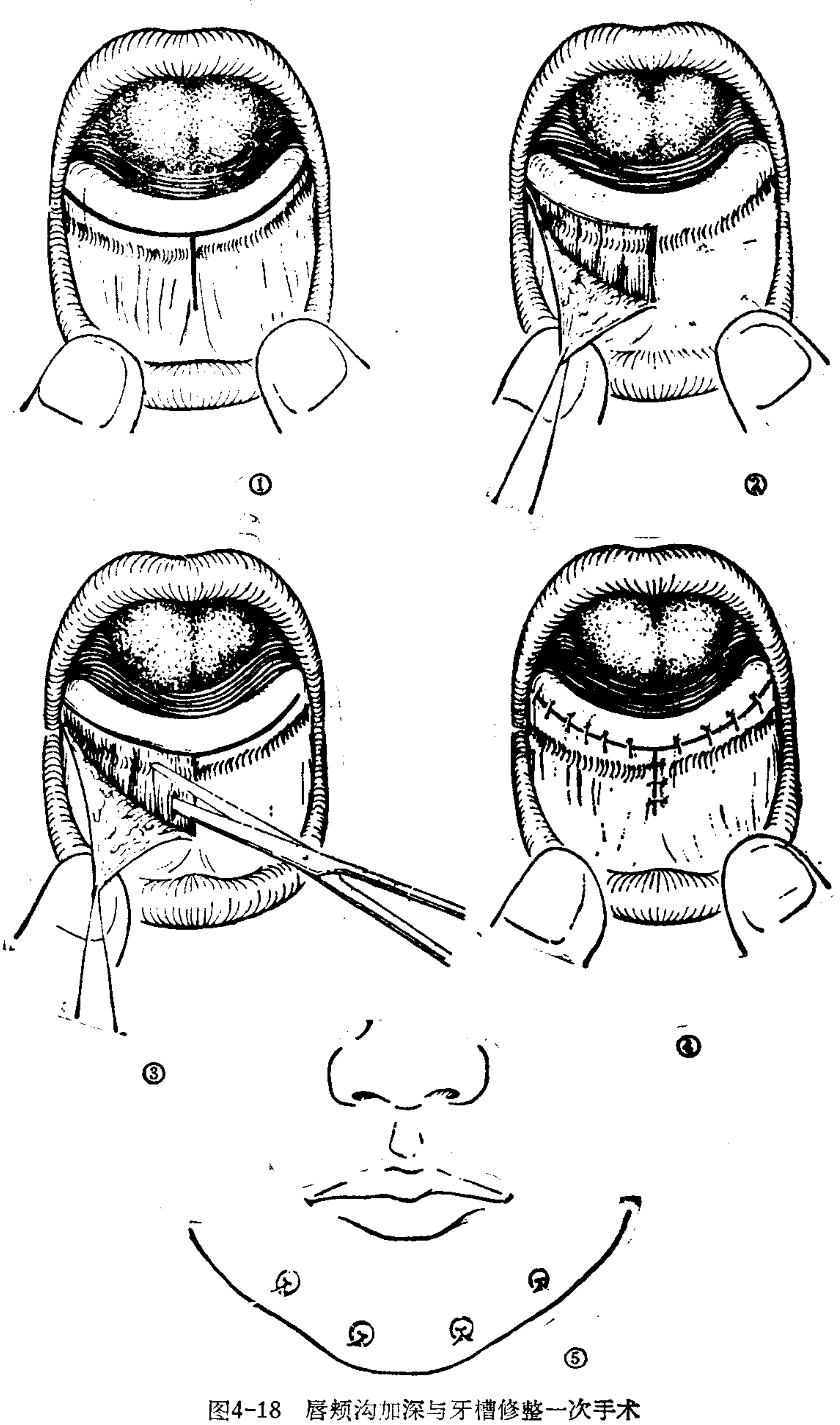


图4-18 唇颊沟加深与牙槽修整一次手术

① 切口 ② 翻开龈瓣 ③ 剪断肌肉附丽 ④ 缝合 ⑤ 术后

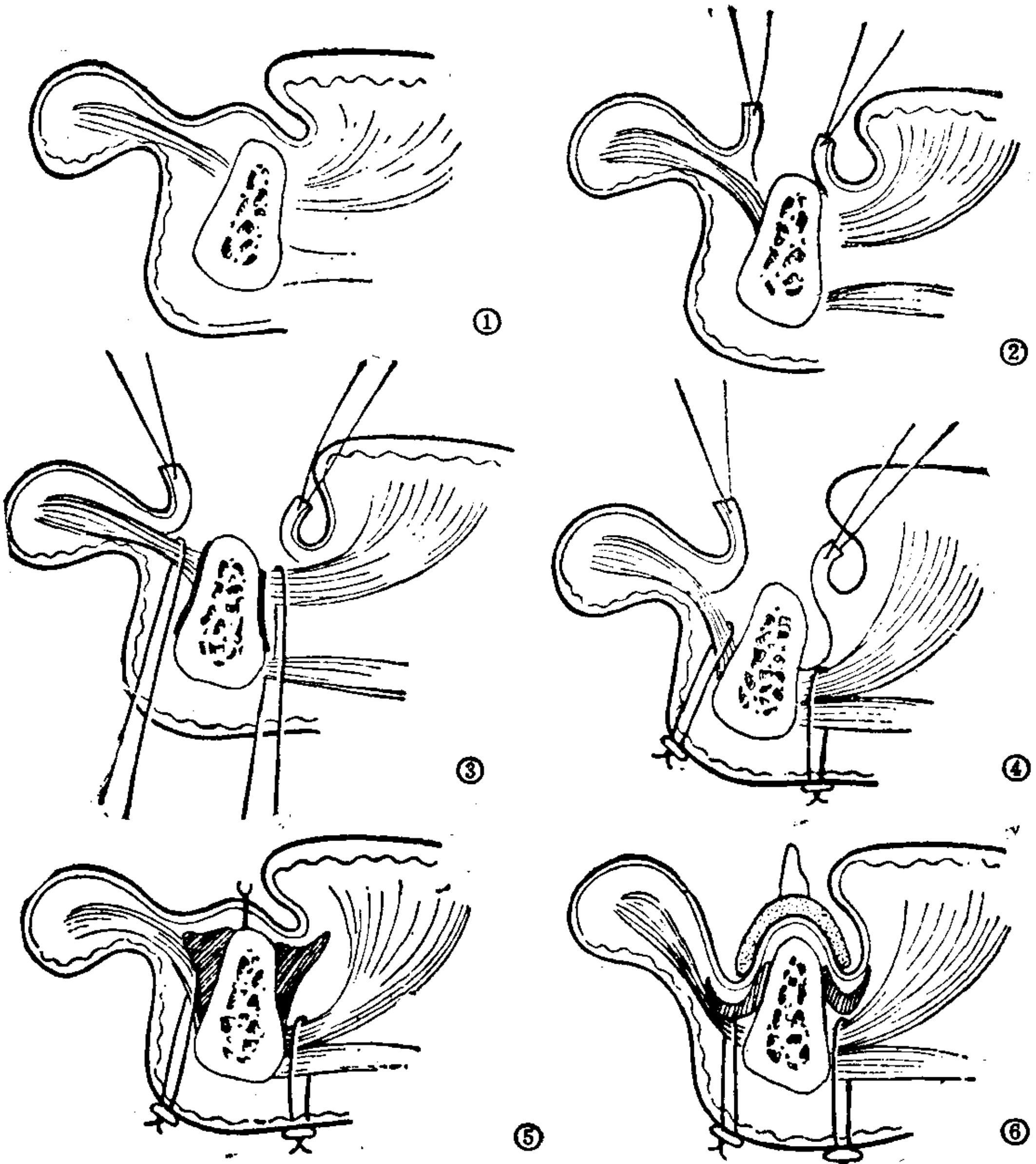


图4-19　下颌唇颊沟及舌沟加深一次手术

① 手术前　② 自牙槽嵴正中切开牙龈　③④ 用丝线牵引唇颊侧及舌侧肌肉并将切端固定于皮肤　⑤ 缝合龈瓣　⑥ 用托牙压迫空腔

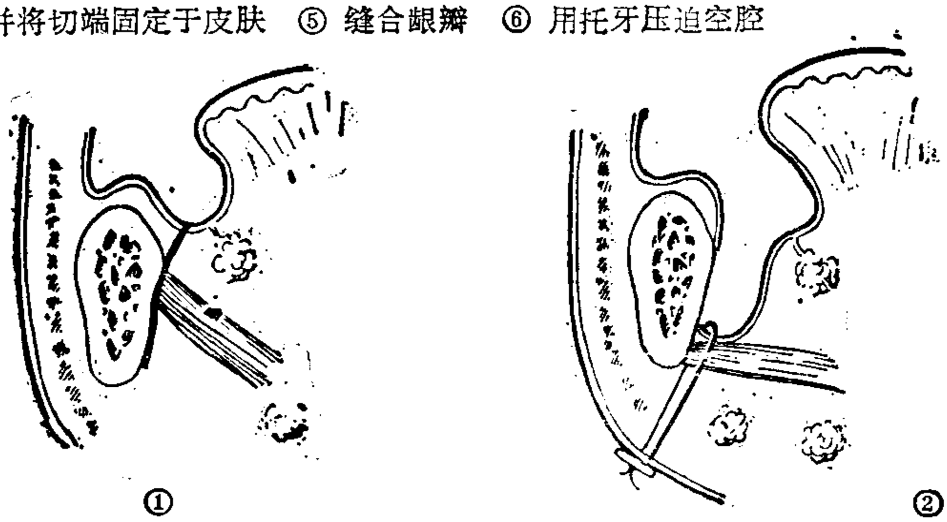


图4-20　下颌舌骨肌下推手术

① 切口　② 下颌舌骨肌切断后固定于皮肤

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

修整手术。（2）切口与上述方法相似，但略偏于舌侧，应切透骨膜。（3）剥离粘膜瓣，暴露骨面。（4）在下颌舌骨肌上，用直针穿出颌下区皮肤，共吊三针，先勿打结。（5）用骨凿切断下颌舌肌嵴，则此肌肉与下颌骨脱离。（6）拉紧吊于下颌舌肌上的缝线，用钮扣固定于皮肤。（7）将下颌骨舌侧皮瓣向下牵引，覆盖暴露的骨面，用弯套针绕过下颌骨下缘以丝线及棉卷或橡皮管固定于颊沟上（图4-21）。

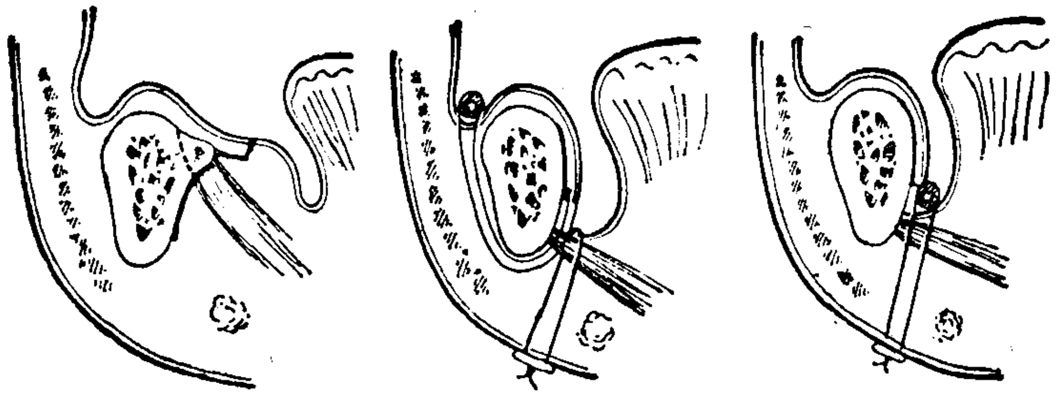


图4-21　下颌舌骨肌下推及下颌舌骨肌嵴修整术

① 切口及下颌舌骨肌切除范围　② 下颌舌骨肌固定于皮肤龈瓣固定于颊沟

③ 用橡皮管固定下颌舌骨肌及龈瓣固定于皮肤

［手术应注意事项］

（1）牙槽修整手术，修整骨板时应特别注意保持牙槽嵴的厚度及高度。凿骨或咬骨应尽量保守。如牙槽嵴已很低，很薄，情愿保留一些倒凹部分，以利托牙的固位，只要把突出的骨尖修平即可。（2）上颌结节修整时，应摄片检查上颌窦的位置及高度。否则有可能凿穿上颌窦，造成不良的后遗症。如果X线证实上颌窦下垂，而上下颌的垂直距离又不足安置托牙时，可在下颌磨牙后区去除骨组织以得到上下颌的间隙（图4-22）。（3）上颌结节修整一般只需作一侧即可。保留一侧有利于托牙的固位，戴托牙时可先安放未手术侧，再安放手术侧，但必须仔细检查上颌结节与下颌喙状突

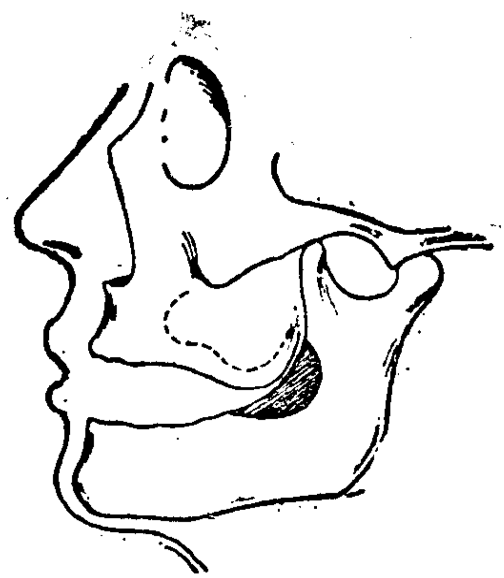


图4-22　上颌结节下垂，伴有上颌窦下垂，去除下颌磨牙后三角区骨组织以得到上下颌的间隙

之间是否有足够安放托牙基托的位置。（4）龈沟加深粘膜瓣转移手术，转移后的龈瓣固位，主要是依靠缝合固定于骨膜上，因此在剥离龈瓣时切不可切透骨膜。在剥离龈瓣及推动肌肉附丽时宁可在骨膜多留一些残留的肌纤维，再小心将残留纤维去除，以免切透骨膜。一旦骨膜穿破龈瓣固位困难，会导致手术的失败。（5）龈沟加深空腔压迫法的优点很多，术后无暴露的创面，创口极小，切断肌肉均在粘膜下潜行，又可多处龈沟同时手术。但手术成败的关键在于压迫。如压迫不良，可导致手术的失败。压迫最有效方法是用托牙或夹板作骨周固定。压迫确实可靠，空腔愈合后，龈沟会有明显加深，愈合期间不影响饮食，痛苦较少。

第二节　颞下颌关节封闭疗法

〔适应症〕

（1）颞下颌关节封闭疗法适用于颞下颌关节功能紊乱综合征，颞下颌关节的提下颌肌群及降下颌肌群之运动不协调，可用普罗卡因或利多卡因或可的松类药用作关节腔内或腔外，进行封闭疗法。使运动神经及肌肉动作协调。（2）封闭疗法也用于颞下颌关节半脱臼，或习惯性脱臼，以封闭疗法或注射硬化剂使关节囊或韧带硬化紧缩。（3）颞下颌关节封闭有时用于外伤性脱臼，手法复位困难时，作关节内及关节外封闭，使紧张惊挛的肌肉松弛。

〔手术方法〕

一、颞下颌关节腔封闭方法

（1）嘱患者张大口，扪到关节凹，扪关节凹的方法是：在患者张大口时，髁状突滑向前方，扪到髁状突后壁，与耳鼓板之间的凹陷区，即关节凹。（2）皮肤经过严密消毒后，用25号注射针自关节凹中点处进针（3）注射关节上腔：进针后向上，到达关节凹的骨面上，即可注射。（4）注射关节下腔：进针后向前，到达髁状突后壁的骨面上，即可注射。

二、翼外肌封闭方法

（1）翼外肌的一端附丽于髁状突，另一端附丽于翼外板，注射针刺入髁状突前壁，即可注射翼外肌。（2）注射方法是嘱患者闭口，扪到乙状切迹，在髁状髁的前方，乙状切迹的上方，紧贴关节结节的下方进针，即可注射翼外肌。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

三、呷肌神经封闭

（1）扪到乙状切迹，乙状切迹的上方是颧弓，后方是髁状突，前方是喙状突。（2）在颧弓的下方，乙状切迹的上方进针，深度到达乙状切迹的内侧，即可封闭呷肌神经。

[注意事项]

（1）颞下颌封闭术的注射部位较深，消毒必须非常严密，否则会造成深部组织的感染，后果很严重。因此在操作时务必严格按照消毒隔离的原则。手术区最好能铺洞巾。关节区在操作时常会被头发污染。头发应该用胶布贴紧，注射区应用柳硫汞酊消毒。（2）注射区常会遇到较大的血管。注射前必须回抽，以证实注射针是否在血管内。（3）颞下颌关节封闭常会发生面神经暂时性的瘫痪，应向患者解释清楚。（4）注射硬化剂切勿过量，因为硬化剂的作用是注射后组织发生溃疡，然后纤维化。如果用量过多，溃疡范围过大有发生关节强直的可能。硬化剂的用量以0.5毫升为宜。

第三节　外科牙列正畸手术

[适应症]

（1）外科牙列正畸手术适用于成年牙列不齐的患者，年龄已超过一般矫正能治疗的年龄。（2）本手术方法只用于牙槽骨正畸手术，上下颌骨的畸形不在此手术范围。（3）有牙周病的患者、牙周组织有萎缩者，不宜作此手术。

[手术方法]

（1）先取上下颌工作模型，在石膏模型上将应正畸的牙用细线锯锯开，设计重新排列牙的数目及移动的位置，并核对其咬殆关系。（2）在唇颊侧的牙龈上，自牙龈缘至唇颊沟，距离应矫正牙两侧一个牙的距离，作梯形切口，横切口沿牙龈缘剥离，切透骨膜，翻开龈瓣，翻至根尖部位以上。（3）应用特制的薄型骨凿，或者薄轮锯，或者应用细钻针钻出邮票式的洞，再用骨凿凿穿。作根尖上及根周截骨术。（4）截骨定位要求准确，牙根的周围，特别近远中要有一层牙槽嵴的骨组织，不可使牙根暴露，也不可伤及邻牙。上颌牙的横截断应在根尖部以上，下颌牙应在根尖部以下，切忌凿断根尖，或损伤根尖。（5）截骨截至舌腭侧骨板时应特别小心，不要伤及舌侧牙龈，更不应使骨块与舌腭侧牙龈脱离。（6）截骨各骨块松动后，根据在模型上设计的移动方向将骨块排列。排列时不能使用撬力，因为撬力会使骨块或牙脱位。（7）如牙的间隙不足，可以加以磨改。磨改可以在截骨以前先根据

模型上的磨改情况磨好。也可以在截骨后排列时再磨改。但截骨后磨改骨块松动，磨改有一定的困难。（8）各骨块之间，最好能密合，以利骨的愈合，但如有困难时，各骨块之间的距离不能超过2毫米。否则愈合会发生困难。（9）牙排列整齐以后，缝合龈瓣。牙与邻牙作“8”字形不锈钢丝结扎，再用自凝塑胶固定。（10）一个月以后拆除固定(图4-23)。

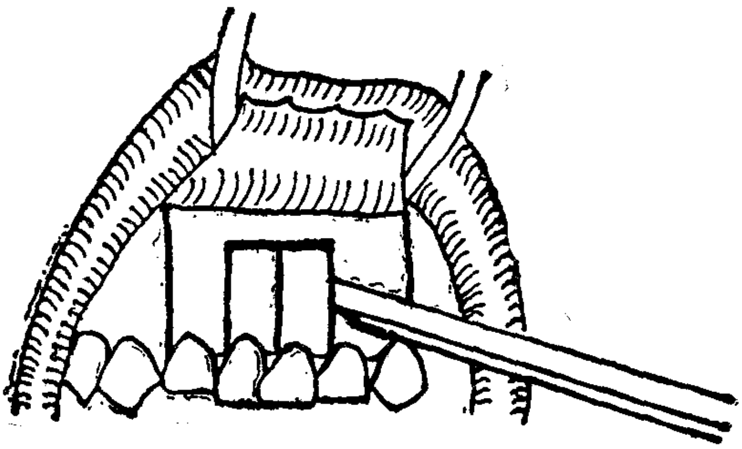


图4-23
外科牙列正畸手术翻开龈瓣，凿开骨块。

[手术应注意事项]

（1）截骨的横截口，一定要与根尖保持一定的距离，否则损伤根尖或距离根尖太近，会造成牙髓坏死。（2）骨块截断后，血液供应只依靠腭舌侧的牙龈，因此手术时不可损伤舌侧牙龈，更不应使骨块与腭舌侧牙龈剥离。（3）外科牙列正畸手术，对牙列的正畸是有一定限度的，并非所有的牙列不齐都能用此手术方法矫正。因此术前在工作模型上的设计是非常重要的。如果移动度过大，或需要作颌骨全面修整。就不是本手术所能达到目的者。

第四节　预成托牙手术

[适应症]

（1）预成托牙手术，适用于磨牙及双尖牙缺失，前牙作一次多数牙拔除及牙槽修整同时进行，将制备好的预成托牙立即戴入，以恢复外观及咀呷功能者。（2）个别或较多的前牙需要拔除，可作预成托牙以保持外观及发音功能。（3）前牙缺失，已装有托牙，固位于双尖牙或磨牙，这种基牙可以保留至装配预成托牙时拔除。

[手术方法]

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

一、全口预成托牙手术

（1）分期拔除上下颌磨牙及前磨牙。并作好牙槽修整手术。（2）取上下颌全口托牙模型。（3）在工作模型制作蜡堤。（4）按照常规方法测定患者的垂直距离，如患者尚有咬殆关系，则按照原来的咬殆关系及垂直距离。（5）装好咬殆架。（6）将石膏模型上前牙雕去，并将模型上唇侧牙槽嵴部位修去一层相当于唇侧骨板厚度的石膏。（7）翻制雕好的模型，用其制作透明塑料基托。（8）在咬殆架上，按照常规方法，制作预成全口托牙。（9）拔前牙时，在前牙左右侧距离应拔的牙0.5厘米处作纵梯形切口，横切口沿牙龈缘剥离。（10）翻开龈瓣。（11）用骨凿沿牙根的唇面，将牙根的唇侧骨板凿去，直达根尖部。拔除全部前牙。（12）锉平骨板。（13）将龈瓣复位。（14）戴上预制好的透明塑料基托，透过透明塑可以观查到牙槽嵴有无突出点。如有，可以见到牙龈变白并被压平。取下透明基托将突出部位的骨板再凿去一些，直到没有压迫点为止。（15）缝合龈瓣。（16）戴入预成托牙。（17）修整过长的基托，及调整咬殆关系。（18）当日嘱患者不要自行取下托牙。次日来复诊，修改基托后，可由患者自行刷洗，5日后拆线。

二、局部前牙预成托牙手术

（1）取上下颌模型，装上颌架。（2）将应拔的牙自石膏模型上雕去，牙槽嵴上雕去相当于唇侧骨板厚度的石膏。（3）按照常规制作预成托牙。（4）拔牙时在应拔牙的两侧作梯形切口，横切口沿牙龈缘剥离。（5）凿去应拔牙的唇侧骨板直达根尖部。（6）拔除应拔的牙。（7）锉平唇侧骨板。（8）龈瓣复位，与腭舌侧牙龈缝合。（9）戴入预成托牙。

［手术应注意事项］

（1）拔牙以前先凿去唇侧骨板的目的是：防止拔牙时唇侧骨板发生不整齐的骨折。另外的目的是作牙槽修整术，拔牙以前先作凿除唇侧板，修整后的骨面非常整齐。戴入预成托牙以后可以较长时间不加衬里，或不需要更换永久性的托牙。（2）拔牙后应用纱布团嘱患者咬紧，压迫止血后再戴入预成托牙，因预成托牙不能起纱布团的压迫止血作用。但时间不宜过长，因麻醉效果消失后再戴预成托牙就会产生困难。